

退会届

一般社団法人群馬県作業療法士会 会長 殿

私は、一般社団法人群馬県作業療法士会を退会いたします。

年 月 日

ふりがな	OT協会会員番号		
氏名	男	女	

退会理由	
------	--

※ 退会後に連絡する場合がありますので、必ず記入して下さい。

勤務先	勤務先名	
自宅住所		〒
	電話番号	FAX

発送物	必要の有無	<input type="checkbox"/> 発送物を3月まで継続して送って欲しい	<input type="checkbox"/> 発送物は必要ない
-----	-------	---	-----------------------------------

☆ 必要事項を記入の上、県士会事務局までFAX、もしくは郵送にて、送付して下さい。

連絡先 一般社団法人 群馬県作業療法士会 〒371-0025 群馬県前橋市紅雲町1-7-12 住宅公社ビル 4F Tel & Fax 027-224-4649 月.火.木.金 9:30 ~ 14:30
--