

提出日： 年 月 日

一般社団法人 栃木県作業療法士会 退会届

氏名	
ふりがな	
日本作業療法士協会会員番号	
現勤務先名	
退会理由	<input type="checkbox"/> 勤務先県外異動 <input type="checkbox"/> 居住地県外異動 <input type="checkbox"/> その他
本年度までの栃木県士会年会費 納入の有無	<input type="checkbox"/> 納入済み <input type="checkbox"/> 納入状況がわからない <input type="checkbox"/> 納入していない
退会証明書郵送の要否	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
連絡用メールアドレス	

※要にチェックを入れた方には後日、入力頂いたメールアドレスに退会証明書を送付いたします。
記入に関する問合せは下記 E-mail 宛にお願いします。

(問合せ・郵送先)

〒329-0611 栃木県河内郡上三川町上三川 2360 番地
新上三川病院
一般社団法人栃木県作業療法士会 事務局
E-mail: kw584242@kc4.so-net.ne.jp