退　　会　　届

一般社団法人宮崎県社会福祉士会　会長　殿

私は、平成　　年　　月　　日をもちまして貴会を退会したいので、下記のとおり届けます。

年　　月　　日

ふりがな 氏　　名	㊞
社会福祉士 登録番号	
宮崎県社会福祉士会 会員番号	
日本社会福祉士会 会員番号	
連　絡　先 □　自　宅 □　勤務先	〒 Tel　　fax
退会理由	
備　　考	

※ 県支部退会により日本社会福祉士会定款第１３条（７）に該当するため、日本社会福祉士会の会員資格を喪失することになります。そのため、県支部の退会手続きが完了後、県支部事務局から日本社会福祉士会に対して、県支部を退会したことを通知します。

---------- 事　務　局　処　理　欄 ----------

受　付　日	平成　　年　　月　　日
会費納入状況	
会長承認日	平成　　年　　月　　日
備　　考	