

(様式 2)

学生会員

FAX. 03-5366-2993

(公社) 日本精神保健福祉士協会 事務局 行

公益社団法人 日本精神保健福祉士協会 学生会員

退 会 届

公益社団法人日本精神保健福祉士協会 会長 様

年 月 日をもって、貴会を退会いたします。

学生会員番号： _____

氏 名： _____

学 校 名： _____

<退会理由について>

今後の運営の参考として退会理由等を伺いたく、該当するものに をつけてください。
(複数回答可)

精神保健福祉士以外の資格取得を目指すこととしたため

学生会員制度が期待した内容と異なったため

(期待された内容を教えてください)

その他 ()

※ 本協会の学生会員制度は在会年限が1年度までとなっており、入会年度の3月31日をもって自動的に卒会となります。本書式は、年度途中での退会を希望される場合に提出いただくものです。

※ 退会届の受理日をもって、学生会員としての資格が喪失し、本会からの連絡が停止となります。

受理日： 20 年 月 日

処理日： 20 年 月 日