退　会　届

私は、下記により堺市障害者相談支援専門員協会を退会したいので、届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 退会日 | | 平成　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 氏　名 | |  |
| 所属機関 | 事業所名 |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |
| Eメール | ＠ |
| 退会理由 | |  |