

秘

長野県言語聴覚士会 退会届

長野県言語聴覚士会 会長殿

私は、長野県言語聴覚士会を退会したく、下記の通り退会届を提出いたします。

			記入日	年	月	日
氏名	フリガナ	(セイ)	(メイ)	印	旧姓	
	漢字	(姓)	(名)			
勤務先						
自宅	郵便番号					
	住所					
	電話番号	— —				
	メール					
会費納入	_____年度納入済(未納会費がある場合は提出されても無効となります)					
退会理由						
退会時期 (該当箇所)に○を付けてください。 退会届提出日 ・ 年度末 ・ その他 (年 月 日)						
ニュースレター掲載： 掲載可 ・ 掲載不可						

<個人情報について> 当届用紙により得た情報は、下記の目的以外に使用しません。

1. 名簿管理・発行
2. 長野県言語聴覚士会が発行する機関誌などの発送
3. 会員情報は調査などにも用いる場合がございます

※退会届の提出方法：必ず郵送にてご提出ください

(提出先) 〒390-8648 長野県松本市城西 1-5-16 城西病院リハビリテーション科言語療法部
長野県言語聴覚士会事務局 会員情報管理担当 高山緑・横山智子・三村恵

事務局処理欄	会長承認	事務局保管	会計