

# 長崎県精神障がい者福祉協会退会届

平成 年 月 日

長崎県精神障がい者福祉協会会長 様

申込者 法人名 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_ 印

住 所 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

当法人が運営する下記事業所については、貴協会を退会することを決定しましたので届出いたします。

## 記

事業所名				退会日	年 月 日
代 表 者	役職		ふりがな 氏名		
住 所					
<退会の理由>					

注1) 退会日は、会員として留まる最終日をご記入下さい。

注2) 退会の理由の記載については、必須要件ではありませんが、できるだけ記載していただきますようお願いいたします。当協会に対するご意見でも構いません。

承認年月日	年 月 日
-------	-------