

退会を希望される方は、以下の退会届に必要な事項を記入の上、郵送または
F A Xにてご連絡ください。

連絡先 〒310-0034 茨城県水戸市緑町 3-5-35
 (一社) 茨城県リハビリテーション専門職協会内
 TEL : 029-306-7765 FAX : 029-353-8475

茨城県総合リハビリテーションケア学会退会届

		受理日	年 月 日	退会日	年 月 日	
※会員種類	1. 正会員 2. 学生会員 3. 賛助会員 (該当箇所に○印を付してください)					
※氏名又は団体名	フリガナ				性別	男・女
生年月日	明・大・昭	年	月	日	(歳)	
※現住所又は所在地	〒 -					
				TEL	()	
				FAX	()	
				E-mail		
勤務先又は学校名						
勤務先又は学校所在地	〒 -					
				TEL	()	
				FAX	()	
				E-mail		
職種						