

西暦 年 月 日

退会申込書(学生会員)

一般社団法人 愛媛県精神保健福祉士会

会長 様

私は（ ）の理由により、

年 月 日 を以って、一般社団法人愛媛県精神保健福祉士会の
学生会員を退会します。

住所

氏名 印