

公益社団法人 熊本県理学療法士協会 退会届

公益社団法人 熊本県理学療法士協会長 殿

この度 私は、公益社団法人熊本県理学療法士協会を退会しますのでお届け致します。

提出日 年 月 日

退会日 年 月 日

氏名	(自署)	会員番号	
勤務先			

- ※ 勤務先は熊本県理学療法士協会会員としての勤務先をご記入ください。
- ※ 勤務先には、勤務実態のある（又は勤務予定の）施設名を記入下さい。
なお、離職中の場合「自宅」と記入下さい。
- ※ 別途、日本理学療法士協会への申請も必要です。