

# 退会届

施設名、郵便番号、住所、電話番号、自宅住所を明記し下記までFAXまたは郵送でご返送下さい。

よろしければ、退会の理由をお書き下さい。

会員情報担当  
麻生リハビリテーション大学校

星子 隆裕 宛  
FAX:092-436-6612  
〒812-0007 福岡市博多区東比恵3-2-1

**退会届** (作成日 :            年            月            日)

ふりがな

○氏名

---

○勤務先

---

住所            〒

---

TEL

---

○現在の自宅

住所            〒

---

TEL

---

○退会の理由

[

]