

(様式 3)

会 員 退 会 届

このたび貴会を退会いたしたいのでお届けいたします。

平成 年 月 日

鹿児島県知的障害者福祉協会
会 長 殿

ふりがな	
施 設 名	
施設長名	印

所在地	〒	TEL () —	
		FAX () —	
施設種別		定員	
退会年月日	平成 年 月 日		