**復会届**

山口県精神保健福祉士協会長　様

年　　月　　日をもちまして、

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 所　属 |  |
| 所　属連絡先 | 住　所〒 |
| 電話番号 |
| 自　宅連絡先 | 住　所〒 |
| 電話番号 |
| 連絡欄 |

貴会に復会を致します。