退　会　届

認定ＮＰＯ法人大阪精神医療人権センター　宛

年　　月　　日

私は、この度の都合により、貴センター会員の退会を希望します。

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| お名前 |  |
| 電話番号 |  |
| ご住所 | 〒 |
|  |
| 退会理由  （任意記入） | □興味がなくなった  □多忙  □会費負担  □転居  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

以上

|  |  |
| --- | --- |
| **送付先**  **認定NPO法人**  **大阪精神医療人権センター** | **F a x**０６－６３１３－００５８  **E-mail** [advocacy@pearl.ocn.ne.jp](mailto:advocacy@pearl.ocn.ne.jp)  **郵送**　〒530-0047  大阪市北区西天満5－9－5　谷山ビル9階 |