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**郵送**　〒530-0047　大阪市北区西天満5－9－5　谷山ビル9階 |