

様式第2号(第3条関係)

公益社団法人鳥取県視覚障害者福祉協会退会届け

平成 年 月 日

退会届け

このたび、公益社団法人鳥取県視覚障害者福祉協会を退会したいので、お届け
します。

氏名 印

住所

電話番号

公益社団法人 鳥取県視覚障害者福祉協会

会長 様