

※協会へFAXして下さい。

Monte therapie®

代理店(直営校)名

様 ⇒(社)モンテセラピー協(FAX03-3378-2403)

一般社団法人モンテセラピー協会退会届

(一社)モンテセラピー協会 殿

届日	20 年 月 日
会員名	_____ (印)
所在地	〒 _____
TEL	_____ FAX _____

※該当する箇所全てに☑をお入れください。

 一般会員 (認定店) 特別会員 (スクール卒業生)

協会記入欄

20 年 月 日

一般社団法人モンテセラピー協会
東京都渋谷区代々木 3-45-2 西参道Kハウス 2階
TEL 03-5354-5487 FAX 03-5354-5489

確認印

確認印
