

(公社) 新潟県作業療法士会 休会・復会 届

公益社団法人 新潟県作業療法士会 会長 殿

この度、私は以下の理由により、(公社) 新潟県作業療法士会 休会・復会 を希望します。

休会にあたり、会員であった期間の年会費納入を全て行いますので、未納会費の確認をお願い致します。

復会にあたり、年会費を納入致します。

西暦 年 月 日

氏名	印		
協会 会員番号	県士会 会員番号		
休会・復会 理由	私は、(西暦) 年度		
	のため、 <u>休会・復会</u> を希望します。		
	休会される方のみ下記ご記入下さい。		
	3月までの郵送物は、 <u>自宅宛・施設宛・停止</u> を希望します。		
自宅	住所	〒 ー	
	TEL 番号	FAX 番号	
勤務先	住所	〒 ー	
	TEL 番号	FAX 番号	
	施設名 ()		

下線の該当する箇所を○で囲んで下さい。

休会は原則1年となっており、次年度も休会継続の場合には、お手数ですが再度届をご提出頂きます様お願い申し上げます。