

(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(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。
復会にあたり、年会費を納入いたします。

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	
	施設名 ()		
TEL 番号			FAX 番号

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ようお願いいたします。

※ 復会には(一社)日本作業療法士協会会員であることが必須となりますので、合わせてお手続きくださいますようお願いいたします。