|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **届到着日** | **受理日** | **受理文書発送** | **理事会承認** | **備考** |
|  |  |  |  |  |

**（公社）新潟県作業療法士会 　休会届**

**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すべて行います。

* 今年度までの会費は、すべて納入しました　（御自身で確認していただき、☑を記入してください）
* 証明書（またはその写し）を添付しました

**西暦　　　　　　年　　　月　　　日**

|  |  |
| --- | --- |
| **氏名** | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
| **協　会****会員番号** |  | **県士会****会員番号** |  |
| **休会理由** | **私は、（西暦）　　　　年度（　　　　年４月１日～　　　　年３月３１日までの間）** |
| **のため、休会を希望します。** |
| **配送物****確認事項** | **配送物について、以下の ①～③ のいずれかに〇をつけてください。休会年度中は、定期便等は送付されません。その休会した翌年度は手続きをしない限り、自動復会となり、配送物は勤務先へ送付されます。** |
| **今年度３月までの配送物は**1. **自宅宛　／　②勤務先宛　の配送を希望します。　③配送を希望しません。**
 |
| **勤務先** | **名称** | **施設名** |
| **部署名** |
| **住所** | **〒** |
| **電話番号** |  | **FAX番号** |  |
| **自宅** | **住所** | **〒** |
| **電話番号** |  | **携帯番号** |  |
| **メール****アドレス** |  |

１：休会しようとする当該年度の前年度の１月３１日までに、事務局に届け出てください。

２：休会理由の根拠となる、第三者による証明書（例：母子手帳、診断書など）を印刷し、本休会届に添付して提出してください。証明がない事由の場合には、事務局まで御連絡ください。

３：休会は原則「１年間」です。翌年度も休会を希望する場合は、当該休会期間内の１月３１日までに、改めて事務局に休会届を提出してください。