

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 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 復会を希望します。復会にあたり、当年度からの年会費を納入致します。

- 今年度の会費を納入しました (御自身で確認していただき、を記入してください)
- (一社)日本作業療法士協会 会員であることの証明書を添付しました

西暦 年 月 日

氏名	(印)			
協会 会員番号			県士会 会員番号	
復会理由	私は、(西暦) 年度、 のため、復会を希望します。			
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	※送受信が可能なメールアドレスをご記入ください。			
注意事項	<u>当会からの配送物は、勤務先へ送付します。</u> 勤務先が変更の場合は「変更届」を提出してください。			

1: 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になります。

2: 協会員であることを証明するもの(例: 会員ポータルサイトから当該年度の電子会員証、年会費振込受領書など)を印刷し、本復会届に添付して事務局に郵送してください。