

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	(印)			
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 3 1 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○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	※送受信が可能なメールアドレスをご記入ください。			

- 1 : 休会しようとする当該年度の前年度の 1 月 3 1 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 3 1 日までに、改めて事務局に休会届を提出してください。