

休 会 届

届出日 年 月 日

一般社団法人 鳥取県作業療法士会 会長 様

私は、鳥取県作業療法士会を休会しますので、届出を提出いたします。

日本作業療法士協会会員番号 _____

フリガナ

氏 名 _____ (印)

所属施設 _____

休会期間 _____ 年 4 月 1 日 ~ _____ 年 3 月 31 日

休会理由 _____

休会中の連絡先 〒 _____

住 所 _____

TEL _____

FAX _____

E-mail _____

* 休会期間は1年間です。次年度も休会する場合は、休会規程第8条の休会延長の手続きを行って下さい。