

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 _____

T E L _____

F A X _____

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。

県士会ニュースへ掲載を希望されない場合はこちらにチェックをいれてください