一般社団法人長崎県作業療法士会

休会届

一般社団法人長崎県作業療法士会

会　長　　沖　 英 一　　様

　私は、長崎県作業療法士会の休会を申請致します。

令和　　年　　月　　日

協会会員番号

フリガナ

氏　名

　休会希望年度　令和　　　年度

　休会中連絡先

〒　　　－

　電話番号（自宅・携帯）

E-mail：

休会申請条件

　日本作業療法士協会より休会を承認されていること

　休会となる前年度までの長崎県作業療法士会会費が完納されていること

※休会希望年度は日本作業療法士協会休会年度をご記入下さい