

休会届（新規・継続）

徳島県作業療法士会

会長

殿

この度、私 以下の理由により徳島県作業療法士会を休会致しますのでお届けします。

会員番号		休会開始日	平成	年	月	日
フリガナ		届出年月日	平成	年	月	日
氏名						
休会理由						
休会中の連絡先	〒		電話番号			
	住所					

< 士会確認欄 >

平成 年 月 日承認

休会期間：平成 年 月 日～平成 年 月 日

会長	事務局	財務部

承認のお知らせ・異動届発送日：平成 年 月 日発送