

秘

長野県言語聴覚士会 休会申請書

長野県言語聴覚士会 会長殿

私は、休会制度の趣旨をよく理解した上で長野県言語聴覚士会を休会したく、下記の通り休会申請書を提出いたします。

		記入日	年	月	日
氏名	フリガナ	(セイ)	(メイ)	印	
	漢字	(姓)	(名)		
勤務先					
自宅	郵便番号				
	住所				
	電話番号	—	—		
	メール	@			
会費納入	年度納入済(未納会費がある場合は提出されても無効となります)				
休会理由 (いずれかに○を付す) ・ 県外に居住若しくは勤務し、長野県内の活動が事実上不可能になるため ・ 出産・育児・介護あるいは自身の健康上の理由で職場を離れるため ・ その他 () ※休会制度は、何らかの都合で職場を離れている、もしくはそれに準ずる状況にある会員のための制度であることをご理解の上、理由を明記してください (休会にあたっては、理事会での承認が必要となります)。					
休会期間 平成・令和__年__月__日 ~ 令和__年3月31日					
※休会期間は1年単位となります。休会期間は4月1日~翌年3月31日までとなり、年度途中からの休会も終期は3月31日となります。但し、1月1日~3月31日までに行われた休会申請は、終期を翌年3月31日とします。 例) 休会申請 平成26年1月1日→終期 平成27年3月31日まで。 ※期間を過ぎると自動的に復会となります。休会继续する場合は年度末までに再申請が必要となります。					
休会中のニュースレター・会報の送付 (通信費 1,000 円/年が必要です) 希望する ・ 希望しない					
送付先 (送付希望の場合のみ記入 自宅住所と同じ場合は省略可) 〒					
ニュースレターへの掲載 掲載可 ・ 掲載不可					

<個人情報について> 当届用紙により得た情報は、下記の目的以外に使用しません。

1. 名簿管理・発行
2. 長野県言語聴覚士会が発行する機関誌などの発送
3. 会員情報は調査などにも用いる場合がございます

※休会届の提出方法：必ず郵送にてご提出ください

(提出先) 〒390-8648 長野県松本市城西1-5-16 城西病院リハビリテーション科言語療法部
長野県言語聴覚士会事務局 会員情報管理担当 高山緑・横山智子・三村恵

事務局処理欄	会長承認	理事会承認	事務局保管	会計