

# 休会届

公益社団法人愛媛県作業療法士会会長 殿

私は、この度公益社団法人愛媛県作業療法士会を休会致しますので申請致します。

			申請日	令和	年	月	日
フリガナ			印	会員番号			
氏名	性	名					
理由							
休会中の 連絡先	〒				—		
	住所	都道		府県			
	電話				FAX		
	E-mail アドレス						

**※注意事項**

- ①休会期間は1年度単位で、承認された翌年度4月1日から3月31日までです。  
休会する年度の前年度の1月31日までに提出して下さい。
- ②休会は最大5回までで、連続もしくは断続的に取ることが出来ます。
- ③休会年度の1月末までに休会延長・退会いずれかの手続きがなければ自動的に復会となります。
- ④申請年度までの会費の納入が確認できない場合は、休会届は受理出来ません。
- ⑤休会中に住所変更した際も、異動届を速やかに提出して下さい。
- ⑥休会期間中は下記の会員の権利が停止されます。
  - (1) 役員候補者選挙の選挙権及び被選挙権
  - (2) 社員総会での議決権
  - (3) 本会が主催する学会及び研修会への参加
  - (4) 機関誌、学術誌、その他本会発行物の受取り
  - (5) 休会期間中の研修会等での研修受講履歴は無効となります

<県士会確認欄> 上記の者の休会を承認致します。

愛媛県作業療法士会事務局長 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_ 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月