

復会届

社団法人 日本理学療法士協会会長 殿

この度、私 以下の理由により社団法人日本理学療法士協会を休会中のところ復会致しますのでお届けします。

					提出日	平成	年	月	日
休会届出	(昭和・平成)	年	士会で休会		復会日	平成	年	月	日
フリガナ					旧 姓	会 員 番 号			
氏 名	印								
所 属	士会		県 コード		入会年度	S・H		年度	
理 由					新人教育プログラムの修了			済・未 (で囲む)	
自 宅	〒				-				
	住所	都道		府県					
	電話	-	-	FAX		-	-		
勤 務 先	フリガナ								
	名 称								
	所属部署								
	〒				-				
	住所	都道		府県					
自宅会員の 場合“自宅” と記入する	電話	-	-	FAX		-	-		
	Eメールアドレス								
施設区分	A群		- B群						

< 都道府県士会確認欄 > 上記の者の復会を承認致します。

_____ 士会事務局長 _____ 印 平成 年 月 日

注) 自宅会員は、自宅住所の都道府県士会所属となります。必ず、自宅住所(室番号まで)・電話番号をご記入下さい。

< 個人情報について >

当届用紙より得た情報は、下記の目的以外には使用しません。

1. 協会が発行する機関紙等の発送、及び会員皆様の福利厚生を目的としたご案内等の発送
2. 会員の分布状況の把握(集計数値を使用します)