**三重県言語聴覚士会　休会届**

**□休会（　　　　　　年度）を申請します**

＊全ての項目を記載してください申込年月日：　　　年　　　　月　　　　日

|  |
| --- |
| 会員番号： |
| ふりがな： |
| 氏　　名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（旧姓）： |
| 【所属先】＊未所属の場合は「未所属」と書いてください所属機関名：所属部署名：住所：〒TEL：　　　　　　　　　　　　　　FAX： |
| 【休会中連絡先】住所：〒TEL：　　　　　　　　　　　FAX：　　　　　　　　　携帯電話：メールアドレス： |
| 【会報誌(HPで閲覧可能)について】　会報誌の郵送を（希望する・希望しない） |
| 【興味のある部局を最低一つ選択してください】(複数回答可)　事務局(事務・災害)・ 広報局・財務局・学術部・子ども支援部・地域包括ケア部＊強制的に運営委員に所属となることはありません |
| 【日本言語聴覚士協会会員情報】会員番号：　　　　　　　　(入会申請中・未入会) |

＊休会届の提出期限は各年度の総会開催日までです。年会費未納者は休会できません。

【休会届提出先・提出方法】

　①郵送の場合（下記住所まで郵送してください）

　　〒514-0015　三重県津市寿町7-7　三重県言語聴覚士会　事務局　行き

　②メールの場合（データを入力し、メール件名「休会届」を書いて送信してください）

　　メールアドレス：stmie2005@yahoo.co.jp