

秘 一般社団法人長野県言語聴覚士会 休会申請書

一般社団法人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一般社団法人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	印
	漢字	(姓)	(名)		
勤務先	(いずれかに○、有の場合は勤務先を明記) 有 _____ ・ 現在、勤務先無				
自宅	郵便番号				
	住所				
	電話番号	— —			
	メール	@			
会費納入	令和 _____ 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、②は該当理由に☑)					
① _____ 年 _____ 月 _____ 日より 県外に居住もしくは勤務し、長野県内の活動が事実上不可能になるため					
② _____ 年 _____ 月 _____ 日より (□出産育児、□介護、□自身の健康上の理由) で職場を離れたため					
③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。特に②に関しては職場を離れた日以降に申請をお願いいたします。(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 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日：申請日を記載 ～ 令和 _____ 年 3 月 3 1 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。例) 休会申請 令和5年7月1日→終期 令和6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。休会継続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・会報等の送付 (いずれかに○を付す)：通信費 1,000 円/年が必要です ※ただし年度途中4月1日以降に休会した方は年会費を支払っている為、その年度内3月末まで自動的に郵送物が郵送されます 希望する ・ 希望しない ・ 年度途中休会					
送付先 (送付希望・年度途中休会のみ記入 自宅住所と同じ場合は省略可) 〒					
ニュースレターへの掲載 (いずれかに○を付す) 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. (一社)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

※休会申請書の提出方法：必ず郵送にてご提出ください

(提出先) 〒399-4117 長野県駒ヶ根市 3249 番地 4 老人保健施設フラワーハイツ

(一社)長野県言語聴覚士会事務局 会員情報管理担当 倉田朋子

事務局処理欄	理事会承認	事務局保管	財務