

一般社団法人鹿児島県言語聴覚士会 休会届(新規・継続)

_____年 _____月 _____日をもって一般社団法人鹿児島県言語聴覚士会
を休会致します。

施設名

氏名

一般社団法人鹿児島県言語聴覚士会会長 殿

■ 休会中の連絡先をご記入ください。

住所 (〒 _____)

_____ 県 _____ 郡・市

TEL _____

FAX _____

Eメールアドレス: _____

<休会に当たっての注意事項>

- 休会期間は4年間です。4年を経過した場合は復会・休会継続・退会届いずれかの届出が必要となります。休会期間4年経過後1年以内に届出がない場合は規定により退会となります。
- 既納の会費その他の拠出金は返還しないものとします。
- 当年度分までの会費の納入が確認できない場合、届出は受理できません。
- 休会期間中は県士会からの文書の送付は停止致しますのでご了承ください。
- 休会を解除される場合は速やかに復会届を事務局に提出して下さい。
- 休会を解除した年度より年会費を徴収致しますのでご了承ください。

会処理欄	受理日	
	承認日	