

復会届

社団法人 日本理学療法士協会
会長 奈良 勲 殿

このたび、私は以下の理由により社団法人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 | | | |
| 休会士会 | (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 | 県内 異動 士会所属 | 入会年度 | S ・ H 年度 | | | |
| 士 会 | 県外 異動 士会から 士会へ | 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 | | | | |
| | 電話 | - | - | FAX | - | - |
| | Eメールアドレス | | | | | |
| 施設区分 | A群 - B群 | | - | | | |

< 士会確認欄 > 上記の者の復会を承認いたします。

_____ 士会事務局長 _____ 印 平成 年 月 日

注) 勤務先が未記入の場合は自宅会員とします。自宅会員になった場合は、自宅住所の都道府県士会に所属になります。自宅住所を(室番号まで)必ずご記入下さい。

海外に異動の場合は、士会に所属せず海外会員になることも可能です。