|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **届到着日** | **受理日** | **受理文書発送** | **理事会承認** | **備考** |
|  |  |  |  |  |

**（公社）新潟県作業療法士会 　復会届**

**公益社団法人　新潟県作業療法士会　会長 殿**

この度、私は以下の理由により（公社）新潟県作業療法士会 復会を希望します。復会にあたり、

当年度からの年会費を納入致します。

* 今年度の会費を納入しました　（御自身で確認していただき、☑を記入してください）
* （一社）日本作業療法士協会 会員であることの証明書を添付しました

**西暦　　　　　　年　　　月　　　日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **氏名** | ㊞ | | | | | | | |
| **協　会**  **会員番号** |  | | **県士会**  **会員番号** | | |  | | |
| **復会理由** | **私は、（西暦）　　　　　年度、** | | | | | | | |
| **のため、復会を希望します。** | | | | | | | |
| **勤務先** | **名称** | **施設名** | | | | | | |
| **部署名** | | | | | | |
| **住所** | **〒** | | | | | | |
| **電話番号** |  | | **FAX番号** | | |  | |
| **自宅** | **住所** | **〒** | | | | | | |
| **電話番号** |  | | | **携帯番号** | | |  |
| **メール**  **アドレス** |  | | | | | | | |
| **注意事項** | **当会からの配送物は、勤務先へ送付します。**  **勤務先が変更の場合は「変更届」を提出してください。** | | | | | | | |

１：復会には（一社）日本作業療法士協会 会員であることが必須になります。

２：協会員であることを証明するもの（例：会員ポータルサイトから当該年度の電子会員証、年会費振込受領書など）を印刷し、本復会届に添付して提出してください。