

休 会 届

送付先：

〒901-2424

沖縄県中城村南上原 365-13

kid's デイあうる 内

沖縄県言語聴覚士会事務局

E-mail: jimu@st-okinawa.org

Fax: 098-901-4557

* お問い合わせ e-mail: jimu@st-okinawa.org

沖縄県言語聴覚士会会長殿

わたくしは、この度_____の理由により、令和__年__月より1年間、沖縄県言語聴覚士会を休会いたしたく、お届けいたします。

休会明けの翌年度より復会となることを承認いたします。

また、未納分の会費がありました場合はすぐ納入いたしますので、ご連絡くださるようお願い致します。

尚、復会延長の申請が無い場合、復会となることを承認します。

年 月 日

氏 名 _____

所 属 _____

連絡先 _____

事務局处理欄 名簿 議案書 处理日