〈様式－7〉

一般社団法人共益型三重県臨床工学技士会　休会届

平成　　年　　月　　日

氏　名　ﾌﾘｶﾞﾅ （氏）　　（名）
自　宅　住所　〒□□□－□□□□ ﾌﾘｶﾞﾅ 自　宅　電話番号：　　E-mail：
勤務先（施設名）ﾌﾘｶﾞﾅ （部署名） 勤務先　住所　〒□□□－□□□□ ﾌﾘｶﾞﾅ 勤務先　電話番号：　　内線：　　FAX 番号：
休会理由記入欄
※ 休会理由に○印をつけてください。 １．長期病気療養　　２．出産・育児休暇 ３．その他（　　）
休会期間記入欄
平成　　年　　月　　日　～　平成　　年　　月　　日　　※最長１年間
技士会記入欄 申請受付日：平成　　年　　月　　日 申請承認日：平成　　年　　月　　日 年会費納入免除年度：平成　　年度分 一般社団法人共益型三重県臨床工学技士会　事務局　　印

※１．年会費の納入免除年度は理事会で承認後にお知らせいたします。
※２．（公社）日本臨床工学技士会の手続は各自でお問い合わせください。