

〈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

令和 年 月 日

氏名 ㊦ (氏) (名)
自宅住所 〒□□□-□□□□ ㊦
自宅電話番号: E-mail:
勤務先(施設名) ㊦ (部署名)
勤務先住所 〒□□□-□□□□ ㊦
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
令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ※最長1年間
技士会記入欄
申請受付日: 令和 年 月 日 申請承認日: 令和 年 月 日 年会費納入免除年度: 令和 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きは各自でお問い合わせください。