

休 会 届

このたび都合により、一般社団法人山口県作業療法士会を以下の期間休
会いたしたく、お届けいたします。

休会予定期間 年 月 日 より

 年 月 日 まで

届出年月日 年 月 日

氏名 _____

所属 _____

自宅住所 _____

連絡先 _____

休会理由

休会理由の根拠となる、第三者による証明書（様式は問わない）を添付すること。