

休会届

筋徒手療法協会 殿

このたび、貴会を休会いたしたく、ここにお届けいたします。
休会が承認後も、本会の規約および法令を遵守することを誓います。

フリガナ ※必ず記入		日付	西暦	年	月	日	
氏名 ※自署記入	⑩	※自署記入の場合 捺印不要	性別	1	男	2	女
会員番号							
現住所 ※都道府県名記入	住所	〒					
	TEL						
	E-mail						
休会理由							
郵便物送付先	1	現住所	2	勤務先			

※ 筋徒手療法協会ホームページの会員紹介等に関しては、個人名を記載する事はございますが、本申込書に記入された個人情報、協会運営及び業務目的以外に使用いたしません。

※以下は、筋徒手療法協会の使用欄です。

休会受付	西暦	年	月	日	会員番号				
休会承認	西暦	年	月	日	復会	西暦	年	月	日