

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 |