# 復会届 （様式4）

一般社団法人 山陰言語聴覚士協会

協会長　　殿

この度、私は下記の理由により山陰言語聴覚士協会を休会中のところ復会を希望いたしますのでお届けします。

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | 提出日 | 年　月　日 |
| 休会年度 | 年より休会 | 復会予定日 | 年　月　日 |
| フリガナ<br>氏名 | 印 | 入会年度 | 年度 |
| 現在の所属 | 施設会員　（勤務先:　　）　・　自宅会員 | | |
| 理由 | | | |
| 自宅 | 〒□□□－□□□□<br>住所<br>都道<br>府県 | | |
| | 電話　－　－ | FAX　－　－ | |
| | E-mail | | |
| 勤務先<br><br>自宅会員の場合”自宅”と名称欄に記入する | フリガナ | | |
| | 名称 | | |
| | 所属部署 | | |
| | 施設種類（☑をつけて下さい）<br>□病院　（□急性期　□回復期　□慢性期　□介護療養型医療施設）<br>□介護老人保健施設　（□入所　□デイケア　□デイサービス）<br>□特別養護老人ﾎｰﾑ　（□入所　□デイケア　□デイサービス）<br>□特別支援学校　（　□行政機関（　）<br>□言語聴覚士養成学校　（　□研究機関　（　） | | |
| | 専門　□成人　□小児<br>□失語症　□高次脳　□発声/発語　□摂食･嚥下　□聴覚　□認知　□その他 | | |
| | 〒□□□－□□□□<br>住所<br>都道<br>府県 | | |
| | 電話　－　－ | FAX　－　－ | |
| | E-mail | | |

＜士会確認欄＞　上記の者の復会を承認いたします。　　〈受理日〉

| 協会長 | 県士会長 | 総務部長 | 事務担当 |
|---|---|---|---|
| | | | |

年　月　日

※1. この用紙に必要事項を記入の上、各県士会の総務部宛に提出して下さい。
※2. 自宅会員になった場合は、自宅住所のある県士会の所属になります。
　　隣県移動がある場合には、重ねて入会申込書記載事項　変更届(様式2)を提出して下さい。
※3. 自宅住所を(室番号まで)必ずご記入ください。