

# 公益社団法人 熊本県理学療法士協会 休会届（新規・継続）

公益社団法人 熊本県理学療法士協会長 殿

この度 私は、以下の理由により公益社団法人熊本県理学療法士協会を休会しますのでお届け致します。

提出日 年 月 日

休会日 年 月 日

氏 名	(自署)	会員番号	
勤 務 先			
休会理由			

※ 勤務先には、勤務実態のある（又は勤務予定の）施設名を記入下さい。

なお、離職中の場合「自宅」と記入下さい。

※ 別途、日本理学療法士協会への申請も必要です。