様式１（第４条関係）

# 休　会　届

三重県精神保健福祉士協会 会長　様

この度、私は、以下の理由により貴協会の休会を希望いたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 届出年月日 | 年 | 月 | 日 |
| 氏 |  |  | 名 |  | 印 | 地区ブロック |  桑名・四日市・鈴鹿　　 津・松阪 |
| 休 会 理 由 | □　海外への留学・勤務・移住□　出産・育児・介護休暇 | □ 長期病気療養 |  |
| □ その他（理由をご記入ください） |
| 休会開始年月日 | 年 | ４月　　１日より |  |
| 休 | 会 | 期 | 間 | □ １年度 | □ ２年度 |  |
| 休会中の連絡先 | 〒 |
| TEL： | FAX： |
| E-mail： |

・休会期間は、年度単位です。休会承認日の属する年度の翌年度４月１日から２年度が限度です。

・特別な理由がある場合、２年度を上限として休会を延長することができます。その場合は、休会が終了する年度の１１月末日までに、「休会延長願」の提出が必要となります。

・休会が終了する年度の１１月末日までに「復会届」の提出がない場合、退会となります。

・「休会届」提出に際しては、休会しようとする年度の前年度までの会費納入が原則となります。

・休会中の自宅住所変更等については、所定の「変更届」にて手続きをしてください。

|  |
| --- |
| 事務局・送付先〒511－0101桑名市多度町柚井1702番地多度あやめ病院　医療福祉室　担当　伊藤　太一TEL　0594－48-2171　FAX　0594－48-5444 |