

年 月 日

一般社団法人 熊本県臨床工学技士会  
会長殿

## 休会届け

一般社団法人 熊本県臨床工学技士会の休会規定に従い、  
下記の理由により休会を申請いたします。

会員番号	
ふりがな	
氏名	
休会期間	年 月 日 ~ 年 月 日
休会理由	1,産休・育児休業 2,長期病気療養(介護含む) 3,その他(理由を記載) ( )
休会中の連絡先 変更 有 無 (有の場合、右欄 に記載お願いし ます。)	ふりがな 住所 〒 - 電話番号 - - Email :

\*連絡先については、当会に登録されている内容から変更がある場合のみ記載をお願いします。

一般社団法人 熊本県臨床工学技士会

年 月 日

一般社団法人 熊本県臨床工学技士会  
会長殿

## 復会届け

一般社団法人 熊本県臨床工学技士会の休会規定に従い、休会をしておりましたが、下記の理由により復会を申請いたします。

会員番号	
ふりがな	
氏名	
復会期日	年 月 日 ~
復会理由	1,産休・育児休業終了 2,長期病気療養(介護含む)終了 3,その他(理由を記載) ( )
復会後の連絡先 変更 有 無 (有の場合、右欄 に記載お願いし ます。)	ふりがな 住所 〒 - 電話番号 - - Email :

\*連絡先については、当会に登録されている内容から変更がある場合のみ記載をお願いします。

一般社団法人 熊本県臨床工学技士会