一般社団法人　栃木県言語聴覚士会

復会申請書

申請日　　　　年　　月　　日

下記の通り、復会を申請いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 会員番号 |  |
| 所属施設 |  |
| 郵送物送付先 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 復会希望日 | 　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日 |
| 会費納入日 | 　　　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日 |

※復会希望日の前月 20 日必着にて事務局に御提出下さい。

復会申請書を提出前に会費を納入して下さい。