様式２（第６条関係）

# 復 会 届

三重県精神保健福祉士協会　会長　様

この度、私は、以下の年度より、貴協会に復会いたします。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 届出年月日 | | 年 | | 月 |  | 日 |
| 復 会 年 度 | |  | | 年 | 度 |  |
| 氏 | 名 |  | 印 | 地区ブロック | | 桑名・四日市・鈴鹿  　　 津・松阪 |

復会にあたり、以下をご記入ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 自宅住所 | 〒 | | |
| Ｔ Ｅ Ｌ |  | Ｆ Ａ Ｘ |  |
| 携 帯 電 話 |  | Ｅ - m a i l |  |
| 勤務先名称 |  | | |
| 勤務先所在地 | 〒 | | |
| Ｔ Ｅ Ｌ |  | 内 線 |  |
| Ｆ Ａ Ｘ |  | | |
| 郵便物送付先 | 〇をお付けください 自 宅 ・ 勤 務 先 | | |

・休会が終了する年度の１１月末日までに、「復会届」をご提出ください。

|  |
| --- |
| 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 |