

会費免除申請書

申請日 年 月 日

会費免除に関する規程により、公益社団法人愛媛県診療放射線技師会会費免除の申請を致します。

申請者会員番号		
申請者氏名		
連絡先	〒	
	電話	()
申請代理者氏名	印	
	事情によりご本人が申請できない場合、ご著名ください。	
	続柄	
会費免除申請理由	(1)出産(2)育児(3)名誉会員(4)病气療養(5)被災 該当する申請理由に○をつけてください。	
休職期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
	ご職場に申請されている休業期間をお書きください。	
休業証明書の確認	有・無	

(*免除の対象となるのは、毎年度の会費を納入期限までに納めている会員に限ります。また、申請時に当年度の会費が納入されている必要があります。

(*本申請には休業期間を証明する書類が必要となります。

(*会費等納入規定第8条により、免除期間は翌年度以降より2ヵ年を超えない期間となります。

(*刊行物は要望のない限り、本会に申し出ている連絡先へ送付されます。

事務処理欄		
受付欄	会費入金確認欄	システム変更確認欄