

会費免除申請書

申請日 年 月 日

会費規程第5条により、公益社団法人埼玉県診療放射線技師会会費免除の申請をいたします。

申請者会員番号		
申請者名	⑩	
連絡先	〒 電話	
申請代理者氏名	⑩	
	事情により本人が申請できない場合、ご署名下さい	
	続柄	
会費免除申請理由	(1) 自己の療養 (2) 介護 (3) 育児 (4) その他 () * 該当する申請理由に○をつけて下さい	
休業期間	年 月 日 ～ 年 月 日まで * 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。

* 休業期間終了後半年以内に申請した場合に限り、申請翌年度の会費を免除します。

* 本申請には休業期間を証明する書類が必要となります。

事務処理欄

受付欄	
会費確認	