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	〒 メールアドレス： 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、当年度までの会費を納めている会員に限ります。なお、会費免除となるのは申請のあった次年度となります。
- ※ 本申請には、休業期間を証明する書類が必要となります。
- ※ すでに休業期間が終了している場合は、終了日から半年以内に申請した場合に限り、次年度の会費を免除します。

事務処理欄

受付欄	
会費確認	