

会費免除申請書

申請日 令和 年 月 日

会費納入規程第6条により、公益社団法人福井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	
申請者氏名	Ⓜ
連絡先	住所 〒 - 電話番号
申請代理者氏名	Ⓜ (事情によりご本人が申請できない場合、ご署名ください。) 続柄 :
会費免除申請理由	(1)出産 (2)育児 (3)海外勤務 (4)長期療養 (5)その他()
	※該当する申請理由に○をつけてください。
休職期間	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 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。
休業証明書の有無	有・無

※ 必ず、日本診療放射線技師会の手続きも行ってください。

※ 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。

※ 免除期間は翌年度以降より2カ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。

事務処理年月日 令和 年 月 日

会長確認印