

長期療養のための会費免除申請書

申請日 平成 年 月 日

会費等納入規程第6条および第7条により、公益社団法人日本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	〒 ー 都道 府県 電話 ()	
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	長期療養のため	
休職期間	平成 年 月 日 ~ 平成 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	

- ※ 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。
- ※ 会費等納入規程第8条により、免除期間は2ヵ年を超えないことといたします。
- ※ 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