

長期療養のための会費免除申請書

申請日 (西暦) 年 月 日

会費等納入規程第6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 ( ) メールアドレス
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	(西暦) 年 月 日 ~ (西暦) 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13条により、免除期間は2カ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。
- ※ 今年度の会費の免除ではなく、審査に合格した場合、次年度の会費の免除となります。
- ※ 都道府県技師会費の会費免除につきましては所属の都道府県技師会にお問合せください。
- ※ 休職期間が1年未満である場合、受付できかねますため、1年以上の休職期間の記載がある休業証明書のご提出をお願いいたします。

事務処理欄		
受付欄	会費入金確認欄	システム変更確認欄

第9号様式(規程第6条関係)