

# 会費免除申請書

一般社団法人 岩手県臨床衛生検査技師会長 殿

私は、定款細則 第3条に基づき、会費免除を申請いたします。

申請日 年 月 日

(フリガナ)		会員番号
氏名		
現住所		〒
勤務先施設名		
連絡先	電話	( 自宅・勤務先・携帯 )
	E-Mail	
申請理由		
災害等における被災時の住所		〒  ※ 別途、被災状況を証明できる書類（罹災証明書のコピーや写真も可）を添付。
通信欄		

事務局処理欄

申請受理日		添付書類	
理事会決議日		決議結果	
処理日		会費免除年度	
備考			