

## 年会費免除申請書

申請日： 年 月 日

フリガナ	
氏 名	⑩
会員番号	
所属施設名	
現住所	〒
連絡先	(電話)
	(E-mail)
罹災の原因	
罹災年月日	年 月 日
その他	※特記事項があれば記載してください。

- 1) 罹災が証明できる書類（罹災証明書等）を同封して、押印した本申請書を一般社団法人千葉県診療放射線技師会事務所までご郵送下さい。
- 2) 申請期間は2019年11月30日から2020年2月20日までとなります。

【事務局使用欄】 ※記載しないでください。

総務責任者	会計担当	事務局長	会長	事務処理完了日