会費免除申請書

　一般社団法人　秋田県臨床検査技師会長　殿

私は、慶弔見舞金規程に基づき、令和　　　　年度の会費免除を申請いたします。

申請日　　令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名 | （フリガナ） |
|  |
| 会員番号 |  |
| 現住所 | 〒 |
| 勤務先施設名 |  |
| 勤務先所在地 | 〒  TEL： |
| 申請理由  （該当項目に✓） | * 全焼、焼失、流出 * 半壊、半焼 * 床上浸水 |
| 通信欄 |  |
| 上位会員が代理申請した場合 | |
| 代理申請者氏名 | （役職：　　　　　　　　　　） |

※別途、自治体が発行する罹災証明書を添付してください。

※お預かりした会員情報は、被災内容確認のために利用し、それ以外の目的では利用いたしません。

＜事務局使用欄＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 整理番号 |  | | |
| 申請書受理日 | 年　　月　　日 | | |
| システム処理日 | 年　　月　　日 | 処理者 |  |
| 備考 |  | | |