

# 会費免除申請書

申請日：西暦 年 月 日

公益社団法人 福島県診療放射線技師会長 様

会費納入規程第5条および会費免除に関する細則により、公益社団法人福島県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	公益社団法人 福島県診療放射線技師会会員番号	
申請者氏名	_____ 印	
連絡先	〒 _____ 県 _____ 市・郡 電話 _____ (_____) _____	
申請代理者氏名	_____ 印 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	_____ 印
会費免除申請理由	(1)療養 (2)育児 (3)その他 ※該当する申請理由に○をつけてください	
休職期間	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日まで	
休業証明書の確認	有 ・ 無	
地区協議会委員長署名	_____地区 地区協議会委員長 _____ 印	

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。

\*本申請には休業期間を証明する書類が必要です。

\*会費納入規定第5条により、免除期間は翌年度以降より2カ年を超えない期間となります。

2021.08.29