会費免除申請書

申請日（西暦）　　　　　　年　　　　月　　　　日

会費納入規程第４条及び第５条により、一般社団法人群馬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 |  |
| 申 請 者 氏 名 |  |
| 連　絡　先 | 〒　　　　－　　　　　　　都　道府　県TEL　　　　　　　（　　　　　　　）e-mail |
| 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 | 1. 出産　（２）育児　（３）介護　（４）長期療養

（５）延長の申請　（６）その他※　該当する申請理由に○をつけてください。（６）その他 の場合は下記に申請理由を記載してください。申請理由： |
| 申 請 期 間 | （西暦）　　　年　　月　　日～（西暦）　　　　年　　月　　日まで※休職の場合は、ご職場に申請されている休業期間をお書きください。 |
| 証明書類の同封 | * ※チェックしてください。
 |

※ 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７条により、免除期間は２年を超えないものとする。また、延長の申請は再度会費免除申請書と証明書類を提出し、理事会の承認をうけてください。

※ 休職の場合は確認書類として事業主が発行する休業証明書の提出が必要です。 また、その休業証明書に １年以上の休職期間の始まりと終わりの日にちが記載されていることをご確認の上ご提出ください。

※ 今年度の会費免除ではなく、審査に合格した場合、次年度の会費の免除となります。

※ 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。