一般社団法人　千葉県臨床検査技師会

災害に伴う会費免除申請書

申請日：令和　　年　　月　　日

フリガナ	
氏　　名	㊞
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	令和　　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）を同封のうえ、押印した本申請書を
　一般社団法人 千葉県臨床検査技師会 事務局までご郵送ください。

2)　申請期間は、令和8年11月1日から令和8年11月30日（必着）までになります。

【事務局使用欄】　※記載しないでください。

災害対策委員長	会計部長	事務局長	会長	事務処理完了日