会費免除申請書（満 70 歳以上の様式）

申請日 令和　　年　　月　　日

会費納入規程第６条により、公益社団法人福井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	㊞
生年月日	
連 絡 先	住所　〒　　－
	電話番号
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　：

※ 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。

※ 免除期間は翌年度以降より永年となります。

※ 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。

事務処理年月日　　令和　　年　　月　　日

会長確認印