

(様式3) 被災会員届出用紙

平成 年 月 日

「被災会員」届出用紙

臨床衛生検査技師会

会 長 \_\_\_\_\_ 印

氏 名		会員番号	
勤務施設名			
同 住 所	〒 TEL		
災害名称			
被災期日			
被災状況	次の内該当するものに☑印をしてください <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 高度障害 <input type="checkbox"/> 家屋倒壊 <input type="checkbox"/> 家屋流失 <input type="checkbox"/> 家屋全壊 <input type="checkbox"/> 家屋大規模半壊 <input type="checkbox"/> 家屋床上浸水 <input type="checkbox"/> 家屋一部損壊 <input type="checkbox"/> 家屋半壊 <input type="checkbox"/> 家屋床下浸水		
備 考			

(様式 4) 会費減免申請書

「会費減免申請書」

一般社団法人 日本臨床衛生検査技師会長 殿

私は、平成 年 月 日に発生した\_\_\_\_\_で  
「 \_\_\_\_\_ 」の被災を受けたので、平成 年度会費の減免を申請します。

フリガナ		会員番号
氏 名	Ⓜ	
勤務先施設名		
同 所在地	〒 Tel	
現 住 所	〒	
被 災 状 況		

上記の申請内容については、相違ないことを証明します。

平成 年 月 日

\_\_\_\_\_検査技師会

会 長

印