**（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 | 〒  ℡ | | |
| 災害名称 |  | | |
| 被災期日 |  | | |
| 被災状況 | 次の内該当するものに㋹印をしてください  **□** 死亡　　　　　**□** 高度障害  **□** 家屋倒壊　　　**□** 家屋流失　 **□** 家屋全壊　**□** 家屋大規模半壊  **□** 家屋床上浸水　**□** 家屋一部損壊 **□** 家屋半壊　**□**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 | 〒  　℡ | |
| 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