第６号様式

会　費　免　除　申　請　書

公益社団法人　茨城県作業療法士会

会　長　　大　場　　耕　一　　殿

私は、このたび下記により会費免除申請書と証明書（※1）を提出いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 会員番号 | ＩＢＡ |
| 所属施設（※2） |  |
| 電話/FAX |  |
| 申請理由（※3） |  |

申　請　日　　　　　　年　　　　月　　　　日

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

自宅住所　〒

※1　　証明書として自治体発行の罹災証明書（コピー）をご提出ください。

※2　　自宅会員の方は自宅と記載ください。

※3　　申請理由は具体的に記載ください。