

## 支払免除申請書 (会費納入の免除)

申請日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

一般社団法人福島県言語聴覚士会 会長 様

私は、会費の免除を申請したいので下記の通り申し出ます。

申請者	氏名		日本言語聴覚士協会 会員番号	
	所属施設名		住所	〒
	連絡先電話番号		連絡先メールアドレス	

申請理由	<p>【申請理由の種別】(チェックをつけてください)</p> <p><input type="checkbox"/> 出産・育児・介護あるいは自身の健康上の理由          → 正会員としての権利は<u>停止</u>となります (研修会等への参加は、非会員扱いとなります)</p> <p><input type="checkbox"/> 災害等          → 正会員としての権利は<u>継続</u>されます</p>
	<p>&lt;申請理由&gt;</p>

\*留意事項 (申請前にご確認ください) \*

- 4月1日～6月30日までにご提出下さい。
- 当申請により会費免除となるのは、申請があった年度の年度末(3月31日)までとなります。
- 過去に会費の未納がある場合には、申請を行うことができません。
- 申請により正会員としての権利を停止したあと、年度の途中で再び正会員としての権利を復帰したい場合は、当該年度の会費の納入が必要となります。

### 会長記入欄

<input type="checkbox"/> 承認 (正会員としての権利を継続) <input type="checkbox"/> 承認 (正会員としての権利は停止) <input type="checkbox"/> 承認しない (理由: _____ )	一般社団法人福島県言語聴覚士会 会長  日 付: _____ 年 ____ 月 ____ 日
--	--

<理事会(平成29年4月15日)承認書式>