

## 会費免除申請書

令和 年 月 日

公益社団法人東京都診療放射線技師会 殿

申請者

氏 名 : 印

住 所 :

生年月日 : 昭和・平成 年 月 日生

メールアドレス :

・申請項目（下記に○を付けてください。）

- 1、病気治療のため1ヶ年以上入院又は自宅療養している
- 2、40ヶ年以上正会員で、年令70才以上に達し、かつ無職である
- 3、医療技術援助のため、1ヶ年以上海外出張した
- 4、出産、育児及び介護のため、1ヶ年以上休職する

・免除対象期間

令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

別紙証明する書類を添えて、会費免除を申請いたします。