

会費減額処置申請書

公益社団法人東京都診療放射線技師会 殿

会 員 番 号		
氏 名		印
氏名（かな）		
氏名（英語）		
性 別		男性 ・ 女性
生 年 月 日		昭和 ・ 平成 年 月 日生
メールアドレス		
勤 務 先	勤 務 先 名	部署
	勤務先所在地	〒 ー
	電 話	
自 宅	現 住 所	〒 ー
	電 話	
問い合わせ先	勤務先 ・ 自宅	
備 考		

私は、会費に関する規程第9条により会費減額処置を申請いたします。

令和 年 月 日

技 師 会 暦	昭和	年	入会（	年間）	
受 付	令和	年	月	日	
理事会承認	令和	年	月	日	印
減額処置通知	令和	年	月	日	印