

沖放技様式第8号-1

一般社団法人 沖縄県放射線技師会  
**会費免除（長期療養）申請書**

一般社団法人 沖縄県放射線技師会会長 殿

平成 年 月 日

私は、会費免除（長期療養）を医師診断証明書を添えて  
申請します。

会員番号（ ）

(フリガナ)

氏 名

印

生年月日（昭和・平成 年 月 日）

施設名

所属

〒

住 所

電 話

免除後の連絡先（自宅・施設）

施設名

所属

〒

住 所

電 話

注)会費免除は、会計年度4月1日～翌年2月末日までの申請に対し次年度から施行致します。