

一般社団法人日本精神保健看護学会 会費減免申請書

一般社団法人 日本精神保健看護学会
理 事 長 様

以下のとおり年会費の減免等の申請をいたします。

申請日	西暦 年 月 日 (曜日)		
正会員番号	<input type="checkbox"/> 確認できる (No.) <input type="checkbox"/> 確認できない		
正会員の氏名	ふりがな		
連絡先	現住所		
	電話	最も連絡しやすい番号を記入してください。 <input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> その他(具体的に)	
	e-mail		
申請の理由	<input type="checkbox"/> 自宅の損壊等の被害を受けた <input type="checkbox"/> 被災による勤務先の閉鎖等によって離職した <input type="checkbox"/> 上記に準ずる被害を受けた <input type="checkbox"/> 正会員を扶養する者が上記に該当する 具体的な被災状況の概要(必須)		
添付書類の名称	<input type="checkbox"/> 罹災証明書 <input type="checkbox"/> 上記以外の証明書(具体的に記入してください) 1. 2. 3.		
希望する内容	<input type="checkbox"/> 年会費について <input type="checkbox"/> 全額免除 <input type="checkbox"/> 減免 <input type="checkbox"/> 支払猶予(希望期間) <input type="checkbox"/> その他(具体的に)		

該当するチェックボックスに✓マークを記入してください。