|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **届到着日** | **受理日** | **受理文書発送** | **理事会承認** | **備考** |
|  |  |  |  |  |

**（公社）新潟県作業療法士会 　会費免除申請書**

**公益社団法人　新潟県作業療法士会　会長 殿**

　この度、「災害時会費免除規程」第3条の規定により、自治体発行の罹災証明のコピーを添付し、会費の免除を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| **氏　　名** | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
| **新潟県作業療法士会****会員番号** |  |
| **日本作業療法士協会****会員番号** |  |
| **災害発生時の****自宅住所** | 〒　　　 |
| **所属先施設名** |  |
| **携帯電話番号** | ※メールでの返信がない場合、この番号にご連絡いたします。 |
| **メールアドレス** | ※確認事項がある際、このアドレスへご連絡いたします。 |
| **書類送付先** | □上記自宅住所□上記所属先（住所を記載ください）〒□その他（住所を記載ください）〒※書類を受理した文書、承認又は非承認されたかどうかの文書を送付します。 |
| **申請理由** | □被災証明書の通り□その他（何か追記事項等ありましたら記載ください） |

**申請日　：　西暦　　　　年　　　月　　　日**

会費免除申請書の提出は、必要書類を添付し、（公社）新潟県作業療法士会　事務局まで郵送してください。

郵送先及び問合せ先：〒950－0872　　新潟市東区牡丹山3－1－11 三森ビル301

　　　　　　　　　　　　公益社団法人　新潟県作業療法士会　事務局　宛

TEL　025－279－2083