

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。

申請日 : 西暦 年 月 日

氏 名	印
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。 ※送受信が可能なメールアドレスをご記入ください。
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）

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