

第6号様式

会 費 免 除 申 請 書

公益社団法人 茨城県作業療法士会
会 長 大 場 耕 一 殿

私は、このたび下記により会費免除申請書と証明書（※1）を提出いたします。

会員番号	I B A
所属施設（※2）	
電話/FAX	
申請理由（※3）	

申 請 日 年 月 日

氏 名 _____ 印

自宅住所 〒

※1 証明書として自治体発行の罹災証明書（コピー）をご提出ください。

※2 自宅会員の方は自宅と記載ください。

※3 申請理由は具体的に記載ください。