

被災による会費免除申請書

申 請 日	年 月 日
災 害 名	
会員種別	<input type="checkbox"/> 個人会員 <input type="checkbox"/> 施設会員 (会員番号：) (会員番号：)
施 設 名	
氏 名 (施設会員の場合は担当者名)	
住 所	〒
電話番号	
ファクス番号	
e-mail アドレス	@

・別途、被災・罹災証明書の写しを添えて学会事務局までご提出ください。

＜お問い合わせ先／提出先＞

一般社団法人日本総合健診医学会 事務局

〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷 1 丁目31-10セシア千駄ヶ谷ビル 2 階

TEL：03-5413-4400 FAX：03-5413-0016

メール：info@jmhts.org