

## 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 (会員番号： ) <input type="checkbox"/> 施設会員 (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