**会 費 免 除 申 請 書**

申請日　　　　　年　　　月　　　日

私は、　　　　　年　　　月に発生した　　　　　　　　　　　　　により被災したため、日本コミュニケーション障害学会　　　　　　　年度の年会費の免除を申請いたします。

会員番号：

氏　　名：

連絡可能な電話番号：

e-mailアドレス：

FAX番号（e-mailアドレスが無い方は必須）：

被災自宅住所：〒　　　　－

　　　　　　　都・道・府・県

上記住所で郵便物を受け取れない場合

当面の送付先：〒　　　　－

　　　　　　　都・道・府・県

年会費免除申請の理由：

* 自宅が全壊
* 自宅が半壊
* 自宅が一部損壊
* その他

* + FAXか郵送のいずれかで、下記宛にお送りください。会費免除の検討結果については、常任理事会後にご連絡いたします。

FAX：042-324-7397

郵送：〒185-0021　東京都国分寺市南町3-7-11-202

日本コミュニケーション障害学会 事務所

連絡先：e-mail jacd@tea.ocn.ne.jp　電話042-324-7397

学会事務所記入欄：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受　理 | 　　　　年　　月　　日 | 検討結果連絡 | 　　　　年　　月　　日 |
| 入　力 | 　　　　年　　月　　日 | 検討結果入力 | 　　　　年　　月　　日 |