

## 年会費免除申請書

一般社団法人みんなの認知症情報学会 御中

私は、入会及び退会規程 第4条第4項による年会費の免除を申請します。

申請日	年 月 日										
氏名											
会員種別	<input type="checkbox"/> 市民会員 ・ <input type="checkbox"/> 学会会員										
会員番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>										
申請代理人氏名	事情によりご本人が申請できない場合 (続柄 )										
連絡先  <input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> 代理人	住所	〒 ー									
	TEL・FAX										
	メールアドレス										
免除理由	<input type="checkbox"/> 1. 認知症 <input type="checkbox"/> 2. 被災( ) <input type="checkbox"/> 3. その他( )										
1. 認知症の場合	① 学会のイベントに一人で参加することはできますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 帯同者がいれば可能 <input type="checkbox"/> いいえ <hr/> ② メールのやり取りは可能ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 代理人が対応可能 <input type="checkbox"/> FAXや郵送なら可能 <input type="checkbox"/> いいえ <hr/> ③ 学会のイベントやグループ活動に、ご協力いただけますか？ (交通費など支給あり) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 帯同者がいれば可能 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> その他( ) <hr/> ④ 体験談や困りごとなど、情報提供をいただけますか？ (複数回答可) <input type="checkbox"/> 面談が可能 <input type="checkbox"/> メールが可能 <input type="checkbox"/> アンケートが可能 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> その他( )										
2. 被災の場合	(被災状況など)										

本申請には証明する書類が必要となる場合があります。事務局よりご連絡します。