

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	フリガナ	
会員種別	<input type="checkbox"/> 市民会員 ・ <input type="checkbox"/> 学会会員	
会員番号		
生年月日	(西暦) 年 月 日	
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	〒 —
	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	
	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	
	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()	
	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。