

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		
※会員番号(ログインID)			
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	〒 ー	
	TEL・FAX		
	メールアドレス		
免除理由	<input type="checkbox"/> 1. 認知症(本人・家族・パートナー) <input type="checkbox"/> をつける <input type="checkbox"/> 2. 被災()		
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)		

本申請を受理後、事務局よりご連絡します。申請証明する書類が必要となる場合があります。

※ 会員番号は、学会の入会登録をしていない方は未記入。登録済みの方のみ記入してください。