

会費免除申請書

年 月 日

有限責任中間法人日本ペインクリニック学会

代表理事 _____ 殿

会費免除を申請いたします。

氏名 _____ 印

会員番号					
ふりがな 氏名			性別	生年月日	
			男・女	(西暦)	年 月 日
勤務先	名称				
	所属				
	所在地	〒			
	電話番号			FAX 番号	
	E-Mail Adress				
自宅	住所	〒			
	電話番号			FAX 番号	
連絡先	勤務先 ・ 自宅 (いずれかに○をお願い致します)				
備考					
事務局 使用欄					