**受付No.**

**公益社団法人日本口腔インプラント学会**

**激甚災害に伴う年会費免除申請書**

**激甚災害**により年会費免除を申請致します。

申請日：西暦　　　年　　月　　日

会員番号：

　　　　　※下記、いずれかに〇を付してください

会員種別：　正会員　　　準会員　　　外国人会員　　学生会員

お名前：

勤務先名：

住所（勤務先）：

住所（自宅）：

連絡先（電話・携帯番号）

ＦＡＸ番号：

* **被災証明書（写）あるいは罹災証明書（写）の添付**が必要です。

　　こちらの**年会費免除申請書と併せて郵送にてご提出**ください。

　　なお、**上記２点の書類が揃ってない場合は無効**とさせていただきます。