**各種　申請書につて**

**2015年8月1日**

**申請書の種類**

書式1　委任状

書式2　会費免除申請書

書式3　災害による会費免除申請書

書式4　立候補届

書式5　推薦候補者届

書式6　推薦書

**各申請書の申請方法をお知らせいたします。**

**下記の申請は、郵送にて申請を行ってください。**

書式1　委任状

書式4　立候補届

書式5　推薦候補者届

【申請方法】

必要な申請書の部分に記入し、印刷をしてください。

その後　捺印をし、下記の住所まで郵送お願いします。

**住所：**〒180-8610

　　　東京都武蔵野市境南町1-26-1　武蔵野赤十字病院　放射線科部内

　　　日本赤十字社診療放射線技師会事務局　荒井　一正

**下記の申請は、メールにて申請を行ってください。**

書式2　会費免除申請書

書式3　災害による会費免除申請書

書式6　推薦書

【申請方法】

各書式に必要事項を記入し、申請項目のみを抜粋してください。

申請書の抜粋をメールに添付し、下記メールアドレスに、送信お願いします。

　　メールの送信の書き方

件名：“申請書名”　申請願

　　　本文：“申請書名”　を申請いたします。

　とメールに記載して、送信お願いします。

**メールアドレス：**ara@musashino.jrc.or.jp

日本赤十字社診療放射線技師会事務局　荒井　一正

**書式１**

委　任　状

代理人氏名

私は、上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任いたします。

記

委任事項　　　1.　総会に関する

　　　　　　　2.　理事会に関する

　　　　　　　3.　常任理事会に関する

審議事項の件

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※該当するものに○で囲んで下さい。

委任者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

委任者ブロック名

但し代理人の記載がない場合は、議長に一任させて頂きます。

**書式２**

　　平成　　　年　　　月　　　日

**会費免除申請書**

日本赤十字社診療放射線技師会　会長殿

会費納入規程第5条第2項により、日本赤十字社診療放射線技師会の会費免除の申請をします。

|  |  |
| --- | --- |
| 所属施設名 |  |
| 氏　名 |  |
| 連絡先 | 〒  住所  電話　　　　　　（　　　　　　　）  メールアドレス |
| 会費免除申請  理　由 | ①療育休暇  ②育児休暇  ③海外勤務  ④その他  ※上記の理由で12カ月以上離職する者  ※該当する申請理由に○をつけて下さい |
| 所　属　長　名 | 上記の免除内容につき、会費免除をお願いします  平成　　　　年　　　　月　　　　日  役職名  氏名 |

免除対象者

①毎年度会費納入者

②新規会費納入者

※事務局まで申請書をメール送信してください。

※メールアドレス：ara@musashino.jrc.or.jp

事務局記入欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事 務 局 受付年月日 | 平成　　　年　　　　月　　　　日 | 事務局長　　　　　　　　　印 |
| 常任理事会承認年月日 | 平成　　　年　　　　月　　　　日 | 会　　長　　　　　　　　　印 |

**書式３**

平成　　年　　月　　日

**災害による会費免除申請書**

日本赤十字社診療放射線技師会　会長殿

会費納入規程第5条第3項により、日本赤十字社診療放射線技師会の会費免除の申請をします。

|  |  |
| --- | --- |
| 所属施設名 |  |
| 氏　名 |  |
| 連絡先 | 〒  住所  電話　　　　　　（　　　　　　　）  メールアドレス |
| 会費免除申請  理　由 | ①施設倒壊により、一か月以上の休職  ②自宅倒壊、浸水等により仮設住宅の生活が一カ月以上継続  ③災害により年内の復職・生活安定の見通しが立たない場合  ④その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ※該当する申請理由に○をつけて下さい |
| 所　属　長　名 | 上記の免除内容につき、会費免除をお願いします  平成　　　　年　　　　月　　　　日  役職名  氏名 |

免除対象者

①毎年度会費納入者

②新規会費納入者

※事務局まで申請書をメール送信してください。

※メールアドレス：ara@musashino.jrc.or.jp

事務局記入欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事 務 局 受 付年月日 | 平成　　　年　　　　月　　　　日 | 事務局長　　　　　　　　　印 |
| 常任理事会承認年月日 | 平成　　　年　　　　月　　　　日 | 会　　長　　　　　　　　　印 |

**書式４**

日本赤十字社診療放射線技師会　選挙管理委員会　　御中

**立 　候 　補 　届**

立候補しようとする役職名

氏 名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

生年月日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年令

住 所

病院名

病院所在地

病院TEL

以上立候補します。

　　　　　　年　　　月　　　日

**書式５**

日本赤十字社診療放射線技師会　選挙管理委員会　　御中

**推　薦　候　補　者　届**

推薦しようとする役職名

推薦候補者名

病院名

病院所在地

病院TEL

以上の者を推薦致します。

　　　　　　年　　　月　　　日

推薦者名

住　　所

病院名

病院所在地

病院TEL

　　　　　（推薦者複数の場合は、別紙に連記提出）

**本　人　の　同　意　書**

今度役員改選期にあたり、上記の通り推薦候補者として推薦されました。

会則に従い同意致します。

　　　　　　　年 　　 月　　　日

氏 名　　　　　　　　　　　　 　　　印

生年月日

住 所

**様式６**

日本赤十字社診療放射線技師会

表彰委員長　殿

推　薦　書

　下記の者を平成 年、第 回総会に於いて表彰に該当すると判断いたしましたのでご推薦申し上げます。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | |
| 氏　名 |  | | | | |
|  | 〒 | － | | 電話番号 | －　　　　　－ |
|  |
|  | 自宅郵便番号・電話番号をお願いします。 | | | | |
| 自宅住所 |  | | | | |
| 施設住所 | 〒 | | | | |
| 施設名 |  | | | | |
|  | | | | | |
| 推薦理由 | 表彰規程　　条の | | | | |
|  |  | | | | |
| 必ず書いてください |
|
| 推薦者氏名 | |  | | | |
| 施設名 | |  | | | |
|  | |  | ブロック | 電話番号 | －　　　　－ |

平成　　　年　　　月　　　日