会 費 減 免 申 請 書

支部名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　支部長名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

申請年月日　　年　　月　　日

申請者氏名		卒回	（　　）回卒	
生 年 月 日	年　　月　　日生		年齢	歳

理　由（原則として申請者記載）

１．　**病気閉院**（診断書を添付しご送付下さい。）

２．　**そ の 他**

（　　）

支部長記載

・申請者の現在の状況（明細に）

・支部長の意見

決済年月日	

日本大学歯学部同窓会