

FAX : 0120-035466

(代理送付先 : (株)メディックプランニングオフィス)

一般社団法人日本臨床衛生検査技師会 行き

## 研修会等事前参加費返金制度 報告書

ご記入日 年 月 日

※下記事項をご記入のうえ、必要書類と併せて郵送、メールまたはFAXください。

### ■会員情報

フリガナ		日臨技 会員番号	
氏名			
住所	〒		
本紙についてのお問い合わせ先	(自宅・携帯・勤務先)	—	(内線)
	勤務先名 :		

### ■対象となる研修会等

研修会等の名称	
開催日時	
開催場所	
参加費の額	

### ■研修会等に参加できなかった理由

理由	請求に必要な書類
<input type="checkbox"/> 公共交通機関の遅延・運休・欠航	運休・欠航等証明書
<input type="checkbox"/> 参加予定者本人の死亡・入院・手術	診療明細付き領収書 診断書 等
<input type="checkbox"/> 居住する建物が台風や火災等により被災	罹災証明書
<input type="checkbox"/> 居住する地域が災害救助法の適用を受ける	現住所を証明できる書類 (免許証のコピー等)
<input type="checkbox"/> 参加予定者本人が犯罪被害に遭う	犯罪被害証明書
<input type="checkbox"/> 2親等以内の親族が入院する、 または手術を受ける	診療明細書 会員との関係がわかる全部事項証明書 (戸籍謄本) 等
<input type="checkbox"/> 3親等以内の親族が死亡	お亡くなりになられたことが確認できる書類 会員との関係がわかる全部事項証明書 (戸籍謄本) 等

### ■振込先

金融機関名		支店名	
預金種目 (いずれかに☑)	<input type="checkbox"/> 普通預金	<input type="checkbox"/> 当座預金	口座番号
口座名義 (カタカナ)			

※ 本紙によりお預かりしたお客様の情報は、事故の内容確認のために利用し、それ以外の目的では利用いたしません。なお、この情報は引受保険会社と共有いたします。