

平成 28 年 8 月 10 日

特定非営利活動法人日本歯周病学会
会員 各位

熊本地震に伴う対応について

拝 啓

平成 28 年 4 月 16 日に発生しました熊本地震により、多大なるご苦勞があったことと拝察いたします。心よりお見舞い申し上げます。報道によりますと、復興への力強い動きがある一方、未だ道半ばというところも多く見受けられます。

本学会では、熊本地震被災会員各位にお力になれることを検討してまいりました。

このたび、「災害対応依頼書」(別紙)を作成し、被災地域の会員のご希望をうかがうことに致しました。

本学会に対し、ご要望がございましたら「災害対応依頼書」にご記入いただき、事務局までご送付下さい。執行部にて協議し、できる限りご協力申し上げたく存じます。

末筆となりましたが、熊本地震被災会員各位におかれましては一日も早く平穏な生活を取り戻されることをお祈り申し上げます。

敬 具

「災害対応依頼書」送付先

〒 170-0003

東京都豊島区駒込 1-43-9 駒込 T S ビル 一般財団法人 口腔保健協会内

特定非営利活動法人 日本歯周病学会 事務局

電話 : 03-3947-8891 F A X : 03-3947-8341 E メール : gakkai16@kokuhoken.or.jp

以 上

災害対応依頼書

被災致しましたので、特定非営利活動法人日本歯周病学会 災害対応に関する申し合わせに基づき、災害対応を依頼致します。

(※は任意記入項目です)

ふりがな		※会員番号	
被災会員名			
住所			
電話番号		※FAX番号	
※Eメールアドレス	@		

被災年月日		被災場所	
被災内容 (該当のものに○をつけてください。複数も可)			
(1) 火災		(2) 延焼防止のための破壊及び冠水	
(3) 落雷		(4) 破裂または爆発	
(5) 航空機の墜落もしくは接触 または航空機からの物件の落下		(6) 車両またはその積載物の衝突 または接触	
(7) 風害、水害、雪害		(8) 台風、地震、津波、噴火、大火災 等により大被害が発生した場合	
(9) その他災害対応を要すると認められるもの (左記の場合、以下に具体的内容を記してください。) ()			

対応を希望する内容 (該当のものに○をつけてください。複数も可)			
(1) 年会費の減免		(2) 認定制度における更新期限の延長	
(3) 認定制度における証明書類紛失承認			
(4) その他	(左記の場合、以下に具体的希望内容を記してください。) ()		

恐れ入りますが以下に具体的現状と、希望内容の理由をご記入ください。また、それを証明する書類 (公的機関の罹災証明、お写真等) を別紙に添付ください。

上記内容に相違ありません。 年 月 日 申請者 (会員) ご署名 _____
