

公益社団法人 埼玉県医療社会事業協会  
入 会 申 込 書

会 長	受 付

公益社団法人 埼玉県医療社会事業協会会長 宛

- ・1号会員（医療社会事業に従事する者及び教育・研究に携わる者）として
  - ・2号会員（法人の目的に賛同する者）として
- 貴協会に入会したく、申込書を提出しますので、承諾下さるようお願いいたします。

（1号、2号いずれかに○を付けること）

紹介者

		申込日	年	月	日
フリガナ					
氏 名		生年月日	年	月	日生
自宅住所	〒 -				
電話		FAX			
e-mail					
出身校	年卒業（専攻：）				
関係資格					
実務経験					
勤務施設 名称		住所	〒 -		
電話		FAX			

【入会動機】 入会を通じて実現したいこと・専門的な関心分野・協会活動や研修会への参加希望など

# 会 員 証

[ 名 刺 サ イ ズ ]

(表)

<b>会 員 証</b>	
公益社団法人 埼玉県医療社会事業協会	
氏 名	_____
上記の者は本会の会員であることを証する	
年 月 日	
(公社)埼玉県医療社会事業協会会長 ○○ ○○ 印	

(裏)

〒330-0846 埼玉県さいたま市大宮区大門町3-22-2 新栄ビル2号棟403号室 TEL/FAX 048(650)3647	
住 所	TEL _____
勤務先	_____
所在地	_____
<p>1、本証は本会の会員証である。 2、本証は他人に貸与したり、譲渡することはできない。 3、本証は毎年度更新発行する。 4、下記の事由が生じたときは、所定の届け出をすること。 ①記載事項の変更 ②紛失または破損 ③退会</p>	

## 公益社団法人 埼玉県医療社会事業協会登録事項変更届

公益社団法人 埼玉県医療社会事業協会会長 様

下記のとおり変更がありましたのでお届けします。

年 月 日

会員氏名 \_\_\_\_\_ 印

勤務施設 \_\_\_\_\_

変更日: 年 月 日

変更事項	新	旧
(ふりがな) 氏名		
勤務施設		
所在地 又は 自宅住所	〒	
TEL		
FAX		
施設の特徴 (診療科目 ・病床数等)		
その他		

会長	受付

## 退 会 届

公益社団法人 埼玉県医療社会事業協会会長 様

このたび私は、公益社団法人埼玉県医療社会事業協会を退会いたしたくお届けします。  
なお、会費未納がある場合は定款第6条に則り退会にあたり清算いたします。  
ご了承宜しくお願い申し上げます。

年 月 日

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

勤務施設 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

《 通信欄 》

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

年 月 日

公益社団法人埼玉県医療社会事業協会会長 様

部ブロック  
ブロック責任者

印

年度 部ブロック医療社会事業実施計画について

このことについて、次のとおりです。

記

- 1 年度 部ブロック医療社会事業実施計画書
- 2 年度 部ブロック医療社会事業経費所要額書

年度

ブロック医療社会事業実施計画書

ブロック名	
事業目的	
事業計画	
協会への要望など	(ブロックの事業をすすめるにあたっての要望など)

年度

ブロック医療社会事業経費所要額書

収 入		
費 目	金額(円)	清算基礎
地区助成金		
そ の 他		
合 計		

  

支 出		
費 目	金額(円)	清算基礎
印 刷 費 事 務 費		
通 信 費 運 搬 費		
会場使用料		
講師謝礼		
そ の 他		
合 計		

年 月 日

公益社団法人埼玉県医療社会事業協会会長 様

部ブロック  
ブロック責任者

印

年度 部ブロック医療社会事業実施報告について

このことについて、次のとおりです。

記

- 1 年度 部ブロック医療社会事業実施報告書
- 2 年度 部ブロック医療社会事業経費清算書



年度

ブロック医療社会事業実施報告書

ブロック名	
事業概要	
事業実績	
協会への要望など	(ブロックの事業をすすめるにあたっての要望など)

年度

ブロック医療社会事業経費清算書

収 入		
費 目	金額(円)	清算基礎
地区助成金		
そ の 他		
合 計		

  

支 出		
費 目	金額(円)	清算基礎
印 刷 費 事 務 費		
通 信 費 運 搬 費		
会場使用料		
講師謝礼		
そ の 他		
合 計		

## 告 示

公益社団法人埼玉県医療社会事業協会定款第12条の規定により、  
年 月 日に開催される通常総会において、理事及び  
監事の選出が行われます。  
理事及び監事に立候補される方は、下記のとおり立候補届けを  
提出して下さい。  
以上のことを告示します。

公益社団法人  
埼玉県医療社会事業協会  
会長 ○○ ○○

印

## 記

- 1、選出する理事及び監事の定数  
定款第11条にもとづき理事15名、監事2名となります。
- 2、立候補届の方法と受付期間  
受付期間: 年 月 日から 年 月 日(必着)  
方 法: 所定の立候補届を下記のところに送付して下さい。  
  
(送付先) <総務部担当者連絡先>  
  
<総務部担当者氏名>

# 立候補届

理事・監事 (どちらかに○をつける)

公益社団法人埼玉県医療社会事業協会の理事・監事に立候補いたします。

年 月 日

ブロック

立候補者氏名

印

所属機関

大科目	事業費 ・ 管理費
中科目	費

会長	財務部長

申請日： 年 月 日

様式第8号

## 支払い証明書

金額 円

下記の理由により、添付領収書のとおり支払いいたしました。

(事務局・総務部・研修部・社会活動部・財務部)関連の活動による支出

物品名・数量等

理由

所属機関

氏名

印

注1:原則として支払い証明書に添付する領収書は1枚(単種)とします。複数枚添付する場合には、大科目・中科目が必ず同一となるようにお願いします。

領収書添付欄

## 仮払い申請書

会長	財務部長

申請日：	年	月	日	申請額	円
申請理由					
所属部		部	氏名	印	

## 仮払い清算書

財務部長

清算日：	年	月	日	実際に掛かった支出金	円
申請額との差異			返還・請求		
所属部		部	氏名	印	

注1： 仮払いは一ヶ月以内に清算して下さい。

注2： 実際に掛かった費用は、様式第8号『支払い証明書』に領収書を添付の上、仮払いの清算時に再度申請して下さい。  
(会計処理上、仮払いは全額返還されたものとし、再度『支払い証明書』による支出を行うため)

注3： この様式は、A4サイズで使用して下さい。

大科目
事業費・管理費

会長	財務部長

## 旅費交通費支払い証明書

金額	円
----	---

下記のとおり支払いをいたしました。

(事務局・総務部・研修部・社会活動部・財務部)関連の活動による支出

申請区分：会議・公務（具体的内容 \_\_\_\_\_）

日付： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 場所： \_\_\_\_\_

所属機関： \_\_\_\_\_ 氏名： \_\_\_\_\_ (印)

## ① 公共交通機関（往路復路を別々に記入）

区間	種類(JR・バスなど)	金額
～		円
～		円
～		円
～		円
～		円
～		円

## ② 自家用車等（往路復路を別々に記入）

区間	距離	金額(20円/1km)
～		円
～		円
駐車場料金		円

## ③ その他旅費交通費に関する支出

項目	理由	金額
		円

注1：旅費交通費の請求は、所属機関から支給されない場合に限りです。

注2：大科目の管理費は理事会関。事業費はそれ以外となります。該当する方に○印をつけて下さい。

注3：自家用車等の請求は、1kmあたり20円として距離で計算するものとします。

注4：領収書の発行されるものについては裏面に添付して下さい。

## 調査研究補助申請書

年 月 日 申請

1、申請者(代表者) 氏 名 \_\_\_\_\_

所属機関 \_\_\_\_\_

〒 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

### 2、申請の目的

- ① 調査研究費の補助
- ② 調査票等の発送補助
- ③ 会場使用料

### 3、調査研究の内容

- ①目的
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- ②方法
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- ③成果の発表手段
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- ④総予算

### 4、グループメンバーの氏名と所属







## 利用申請書

公益社団法人  
埼玉県医療社会事業協会長 様

申請者(代表者)名 ⑩  
所属名

希望日時	年 月 日 時 分 ~ 時 分迄
利用者数	名
利用目的	
問合わせ先 名称 担当者名 電話番号	
その他	

様式 第16号

報告日 年 月 日

## 利用報告書

公益社団法人  
埼玉県医療社会事業協会長 様

代表者名

印

利用日時	年 月 日	
	時 分 ~	時 分迄
利用者	氏 名	所 属 名
合計		
名		

様式 第17号

報告日 年 月 日

## 備品破損等現況報告書

公益社団法人  
埼玉県医療社会事業協会長 様

代表者名

印

破損日時	年 月 日 時 分頃
破損品名	
破損状況	
連絡先 名称 担当者名 電話番号	
その他 報告事項等	

会長	財務部長

様式18号

令和 年 月 日

## 会費免除申請書

公益社団法人  
埼玉県医療社会事業協会 様

社員番号 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

所属機関 \_\_\_\_\_

自宅住所 \_\_\_\_\_

〒 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

公益社団法人埼玉県医療社会事業協会 会費免除規程により会費の免除を申請します。

免除の理由 □にチェックを 入れてください	<input type="checkbox"/> 長期療養により、一定期間離職ないし休職したため <input type="checkbox"/> 出産・育児・介護等で、一定期間休職したため <input type="checkbox"/> 災害により離職ないし休職したため
免除理由が 証明できる書類 添付書類、a～dに ○を付けてください	a、産前産後及び育児休業証明書 b、休職証明書 c、被災証明書 d、その他( )
入会日	昭和・平成・令和 年 月 日
休職期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日

※会費等の未納がある場合は申請できませんのでご注意ください。