

執行委員長	副執行委員長	書記長	執行委員	担当書記

※日付けは全て西暦で記入してください。

### 組合費免除(減額)・期間延長申請書

私は、下記の理由により組合費の納入免除(減額)について、自治労大分県職員連合労働組合同規約第42条第2項に基づき組合費免除(減額)の承認を受けたいので申請いたします。

自治労大分県職員連合労働組合  
執行委員長 殿

年 月 日

申請の種類	組合費	免除・減額	期間	新規・延長
所属単組・支部・分会(職場)名	病院局労・県職労 支部		分会(職場)	
氏名		(印)	職員番号	
住所・電話番号	〒 - ( ) -			
連絡先 ※上記と異なる場合に記入	( ) -			
免除(減額)申請の理由				
当初申請期間	年 月 日 ~		年 月 日	
延長申請期間	年 月 日 ~		年 月 日	

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

自治労大分県職員労働組合 支部 支部長  
自治労大分県病院局労働組合 執行委員長

(印)

### 組合費免除(減額)決定通知書

年 月 日

上記の申請について、下記のとおり決定しましたので通知します。

当初免除(減額)期間 年 月 ~ 年 月 まで  
 免除延長期間 年 月 ~ 年 月 まで

自治労大分県職員連合労働組合  
執行委員長

(印)