

令和 年 月 日

## 会費減免申請書

草津栗東医師会会長 殿

申請者

医療機関名 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ ⑩

草津栗東医師会会費減免規程第4条により草津栗東医師会費の減額適用を受けたいので、滋賀県医師会の「審査結果通知(滋賀県医師会会費について)」の写しを添えて申請します。

### 減額適用条件

- ・会員区分がA会員で、前年(度)分の医業収入額が3千万円未満の会員。

※この申請書は、草津栗東医師会事務局（〒525-0032 草津市大路2丁目1-35）までお送りください。