神奈川県医師会入会時負担金（入会金）納入通知書

年　　月　　日

神奈川県医師会長　殿

今般、神奈川県医師会に入会し、入会時負担金を次のとおり納入しますので、通知します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | 郡市区医師会名 | 相模原市　医師会 |
| 医療機関 | 名　　　称 |  |
| 所　在　地 | 電話　　　　（　　　） |
| 会員種別 | Ａ①Ａ会員 | （病院を代表する会員） | **６００**，**０００**円 |
| Ａ①会員 | （診療所を代表する会員） | **３５０**，**０００**円 |
| Ａ②Ｂ会員 | （Ａ①Ａ会員、Ａ①会員及びＡ②Ｃ会員以外の会員） | 免除 |
| Ｂ会員 | （Ａ②Ｂ会員のうち日医医師賠償責任保険非加入の会員） | 免除 |
| Ａ②Ｃ会員 | （医師法に基づく研修医） | 免除 |
| Ｃ会員 | （Ａ②Ｃ会員のうち日医医師賠償責任保険非加入の会員） | 免除 |

注　　Ａ②Ｂ会員、Ｂ会員、Ａ②Ｃ会員及びＣ会員がＡ①Ａ会員又はＡ①会員となる場合は、入会金を納めてください。ただし、同一の病院又は診療所内において会員種別に変更のあった場合は納入する必要はありません。

・・・・・・・・・・・・・・・・・き・・り・・と・・り・・・・・・・・・・・・・・・・

入会時負担金（入会金）領収証（仮）

年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　様

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 3 | 5 | 0 | ,0 | 0 | 0 |

一金　　　　　　　　　　　　　　　　　円

上記金額を仮領収いたしました。

なお、この入会時負担金（入会金）に係る神奈川県医師会の正式な領収証は、同医師会から

あなた様あてに直接送付になります。

所属医師会長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞