

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
一 金 3 5 0 , 0 0 0 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 Ⓜ