

(様式 4 号)

一般社団法人奥州歯科医師会 会費(減額・免除)申請書

会 員 氏 名	ふりがな		
就 業 所	名 称		
	所在地	〒	
電 話 番 号		F A X 番 号	
生 年 月 日	昭和・平成	年	月 日生
入 会 年 月 日	昭和・平成・令和	年	月 日入会
申 請 理 由	1. 疾 病 2. その他		
添 付 書 類	1. 診 断 書 2. 住 民 税 決 定 通 知 書 (所 得 証 明)		

上記のとおり、別添書類添付の上、申請いたします。
令和 年 月 日
氏 名 ⓑ
(代理の場合)
届出人氏名 ⓑ
会員との続柄

上記の者の会費を 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日
までの期間 (減額・免除) とする。
令和 年 月 日
一般社団法人奥州歯科医師会
会 長 ⓑ