【令和7年度】

郡山医師会会費減免申請書（卒業後5年間）

私は、医学部卒業後5年間の減免会員に該当しますので、

郡山医師会減免を適用されますようお願いします。

　また、郡山医師会から日本医師会、福島県医師会へ申請いただきたくお願い申し上げます。

* 該当箇所に○をつけて下さい

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 対象者 | 減免期間 |
|  | 令和7年3月卒業  (2025年3月) | 令和7年4月～令和12年3月／5年間  (2025年3月～2030年3月) |
|  | 令和6年3月卒業  (2024年3月) | 令和7年4月～令和11年3月／4年間  (2025年3月～2029年3月) |
|  | 令和5年3月卒業  (2023年3月) | 令和7年4月～令和10年3月／3年間  (2025年3月～2028年3月) |
|  | 令和4年3月卒業  (2022年3月) | 令和7年4月～令和9年3月／2年間  (2025年3月～2027年3月) |
|  | 令和3年3月卒業  (2021年3月) | 令和7年4月～令和8年3月／1年間  (2025年3月～2026年3月) |

申請日：令和　　　年　　　月　　　日

医療機関名

卒業年月

医籍登録番号

氏　　　名