

平成 年 月 日

愛知県歯科医師連盟

会長 内 堀 典 保 様

歯科医師連盟

代表者

会費減免措置について（お願い）

下記の会員につきまして愛知県歯科医師連盟会費を減免いただきたくお届けいたします。

記

地 区

歯科医師連盟

氏 名

住 所

減免理由

文 例

平成 年 月 日

愛知県歯科医師連盟

会長 内 堀 典 保 様

〇 〇 歯科医師連盟

代表者

〇 〇 〇



地区連盟公印

会費減免措置について（お願い）

下記の会員につきまして愛知県歯科医師連盟会費を減免いただきたくお届けいたします。

記

地 区 〇 〇 歯科医師連盟

氏 名 △ △ △ △

住 所 診療所住所記入

減免理由 例) 病気長期療養中のため