

令和 7 年 7 月 15 日

日耳鼻神奈川県地方部会
神奈川県耳鼻咽喉科医会
会 員 各 位

日耳鼻神奈川県地方部会
神奈川県耳鼻咽喉科医会
会 長 沖 久 衛

日本臨床耳鼻咽喉科医会

県内会員 専攻医への年会費免除について

時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

神奈川県地方部会会費の値上げに関連して検討した結果、初期研修医終了後の専攻医研修期間の4年間（医師になり、3年目から6年目）、日本臨床耳鼻咽喉科医会 年会費の補助をすることとなりました。

この方針は、神奈川県地方部会在任中の専攻医ご本人の申し出により、日本臨床耳鼻咽喉科医会 年会費 4000 円を、当県地方部会が支払うというものです。

ご本人の金銭負担はありませんが、入会の可否はご本人の意思によるものとなっております。会費免除は、令和 8 年度会費より適用となり、すでに入会されている専攻医にも適用されます。

日本臨床耳鼻咽喉科医会への入会をご希望の専攻医の方は、別紙へ必要事項を記入の上、令和 7 年 8 月 8 日（金）までにご返送くださいますようお願い申し上げます。（なお、専攻医でない方については、回答不要です。）

今後とも本会運営へのご協力をよろしくお願いいたします。

※本方針については、神奈川県耳鼻咽喉科医会・神奈川県地方部会 独自の取り組みとなります。他都道府県へ異動された際には、異動先の耳鼻咽喉科医会および地方部会の規定に則り、会費請求が発生する場合がございますので、ご承知おきください。

問い合わせ先

日耳鼻神奈川県地方部会
神奈川県耳鼻咽喉科医会 事務局 中弘
横浜市中区富士見町 3-1
TEL : 045 (241) 7000 FAX : 045 (242) 9148
E-mail : jibika@kanagawa.med.or.jp

(別紙)

日本臨床耳鼻咽喉科医会
専攻医申出・医会年会費の免除申請書

私は、日耳鼻神奈川県地方部会に在籍しており、
現在、専攻医____年目であることをここにお伝えします。

日耳鼻会員 No. _____

所属医療機関 _____

会員氏名 _____

E - mail _____

回答期日：令和7年8月8日（金）

回答先：神奈川県耳鼻咽喉科医会 事務局 大堀

E-mail：jibika@kanagawa.med.or.jp

F A X：045-242-9148