附件：

河北省医药行业协会会费减免申请表

申请日期： 年 月 日

|  |
| --- |
| 申请单位（加盖公章）： |
| 申请理由：  （注明企业本年度与去年同期对比的经济运行情况，包括工业增加值、利润、利税等） |
| 申请减免情况： |
| 企业领导签字： |
| 协会领导审核意见： |