附件2

**2023年荆门市律师职业责任保险金缴纳金额（元）**

填报单位： 填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **名 称** | **律师总数** | **律师职业责任保险金** | **合计** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |