

退 会 届

一般社団法人 西多摩医師会 御中

届出 令和 年 月 日

会員氏名

--

退会理由

(1)死亡	(3)転出	令和	年	月
(2)廃業	(4)その他			

会員種別

正会員

準会員

上記の通り退会の届出をいたします

医療機関名 _____

届出者氏名 _____

印

