

退 会 届

滋賀県産科婦人科医会
会長 野村 哲哉 殿

この度、下記の理由により貴会を退会いたしたいのでお届けいたします。

年 月 日

* 住所又は医療機関所在地

〒

* 医療機関名

氏 名 印

理 由

(新住所又は新医療機関所在地)

〒