IPPNW　退会届出書

　地域市医会名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　会員区分(A or B)

|  |  |
| --- | --- |
| 都道  府県 | 医師会 |

|  |
| --- |
| 会員 |

医籍登録番号 氏　名

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  | 印 |
| 氏名 |  |  |
|  | | |

診療所、病院または勤務先の名称

|  |
| --- |
|  |
|  |

診療所、病院または勤務先の所在地及び現住所

|  |
| --- |
| Tel　　　　（　　　） |
| Tel　　　　（　　　） |

退会理由 退会年月日

|  |  |
| --- | --- |
|  | 令和　　　年　　月　　日 |