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 |