

退 会 届

氏名(ふりがな)・性別・生年月日

| | | | |
|------|--|-------------|--------------------|
| ふりがな | | 性別 | 生 年 月 日 |
| 氏 名 | | 男 ・ 女 | 昭和 年 月 日生 平成 |

現住所・自宅電話番号・院内連絡先

| | |
|-----|--------------------------------------|
| 現住所 | (〒 —) 自宅・携帯TEL () 内線・院内PHS等 () |
|-----|--------------------------------------|

退会前の所属講座・分野名・官職

| | | | | | |
|-----|--|-----|--|----|--|
| 講座名 | | 分野名 | | 官職 | |
|-----|--|-----|--|----|--|

退会の理由

| |
|------------------------|
| 1. 退 職 |
| 2. 勤務先の変更 (退会後の勤務先:) |
| 3. その他 () |

平成 年 月 日付けをもって退会したいのでお届けします。

鳥取大学医学部医師会長 様

署名・押印

