

# 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		昭和 平成 令和	年 月 日 生

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 ( )

令和 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

