退　　会　　届

① 退会前の所属医師会名

地区名	東部　　中部 西部　　大学

〇印をしてください

② 氏　　名

氏名	

③ 退会前の勤務先名称

名称	

④ 退会後の勤務先名称･所在地

ふりがな	
名称	
所在地	〒（　　－　　）　　TEL　（　　）

⑤ 退会後の住所

住所	〒（　　－　　）　　TEL　（　　）

⑥ 退会の理由

１．　死　亡　　２．　廃　業　　３．　勤務先の変更

４．　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。

鳥取県医師会長　様

署名・押印　　㊞