年　　月　　日

**退　会　届**

私儀、今般都合により、貴医師会を退会いたしたくお届けいたします。

退会日　　令和　　　年　　　　月　　　　日

所　属

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

現住所　住所

TEL

E-mail

東京大学医師会長殿