

年 月 日

退会届

一般社団法人日本先進医療医師会 御中

私は、 年 月 日をもって日本先進医療医師会を退会いたしたく、ここに届出いたします。

(ふりがな)

氏 名 : _____

〒
住 所 : _____

電話番号 : _____

M a i l : _____

退会理由 : _____