

退会届

埼玉県泌尿器科医会を退会いたしたく、お届けいたします。

平成 年 月 日

ふりがな
氏名_____印

医籍登録番号_____

所属都市医師会_____

病 医 院 名_____

病 医 院 住 所_____

病 医 院 Tel_____

埼玉県泌尿器科医会
会長賀屋仁殿