

退 会 届

今般、下記都合により 年 月 日をもって退会
いたしますので、此の段 お届けいたします。

年 月 日

住所 _____.

氏名 _____ (印)

公益社団法人 日本産婦人科医会 会 長 殿

退会理由：

連絡先（電話番号）：

返送先：一般社団法人東京産婦人科医会 FAX 03-5357-1202