

# 退 会 届

このたび、退会いたしたく、ここに届出いたします。

○ 届出年月日

令和 年 月 日

○ 会員番号 \_\_\_\_\_

○ 会員氏名 \_\_\_\_\_ 印

(自署の場合は押印は不要です。)

一般社団法人日本地域医療学会  
理事長 小 野 剛 殿