

# 退会届出書

新日本医師会専用

届出年月日

平成  年  月  日

退会する医師会

(医師会使用欄)

日本医師会

都道府県  
医師会

郡市区医師会・  
その他の医師会

※「記入上の注意」にそって、かならずご本人が記入してください。数字は右詰で記入してください。

1. 医籍登録番号

第       号

2. 氏名

フリガナ  
(姓)

(名)

印

3. 退会年月日

平成  年  月  日

4. 退会事由

21 死亡

22 廃業・退職

23 医師会の異動 (異動予定先

都道府県  
医師会

郡市区医師会・  
その他の医師会)

24 その他 ( )

5. 所属施設名

フリガナ

6. 施設所在地

TEL ( )

FAX ( )

〒

都道  
府県

7. 自宅現住所

TEL ( )

FAX ( )

〒

都道  
府県

8. 死亡による退会の場  
合、届け出人の氏名  
および続柄を記入し  
てください。

印

(続柄: )