

様式第3号（第4条関係）

退 会 届

令和 年 月 日

貴会から下記のとおり退会したいので届けます。

公益社団法人福岡県病院協会会長 殿

病院所在地

病 院 名

会 員 氏 名

㊟

記

1 退会の理由

2 退会年月日