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