【様式3・退会用】

**一般社団法人 福井県小児科医会　退会申込書**

この入会申込書にご記入の上、下記事務局宛にご送付ください。

　　　　　　　　　FAX ：(0776)21-6641

　　　　　郵送先：〒910-0001　福井県福井市大願寺3丁目4番10号

一般社団法人　福井県医師会　福井県小児科医会事務局
電話　　(0776)24-0387(代)

|  |  |
| --- | --- |
| 申込年月日 | （西暦）　　　　　　年　　　　月　　　　日申込 |
| ふりがな　氏　　名 |  |
| 住　　所 | 郵便番号〒　住所　　　　電話　　　　　　　　　　　　FAX　　　　　　　　　　　　　　　E-mail　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　小児科医会のメーリングリストからも退会扱いになりますのでご了承下さい |
| 勤務先 |  |
| 退会理由 |  |

※ご提出いただいた申込書に関する情報は、当会でのみ使用し、外部に漏れることはありません。