

退会届出書

一般社団法人 大阪臨床整形外科医会

会長

殿

私は次の理由により、貴会を退会いたします。

理由：該当するものに○印をお願いいたします。

- | | |
|--------------------|-------------|
| 1、 病気 | 6、 県医師会退会 |
| 2、 廃(閉)院 | 7、 高齢(年齢 歳) |
| 3、 退職 | 8、 経済的理由 |
| 4、 転勤 | 9、 その他 |
| 5、 逝去(年齢 歳)(開業歴 年) | |
| (逝去者氏名：) | (複数回答可) |

※参考までに

医療機関の継承

・ 子または親族の継承

・ 売却(医業の消失) (他医師への譲渡)

・ 整形外科を継承

・ 賃貸

令和 年 月 日

住所

退会者氏名

印

代理手続者氏名

印

なお、医師信用組合への手続き上、毎月 20 日までに御連絡ください。連絡が遅れると退会および会費の引き落とし停止が翌月になりますのでご注意ください。

