

(様式 3 号)

一般社団法人奥州歯科医師会 退会届

令和 年 月 日

奥州歯科医師会会長 様

就業所名称

就業所所在地 〒

会員氏名

㊞

(代理の場合)

代理人住所

代理人氏名

㊞

会員との続柄

今般下記事由により退会いたしますのでお届けいたします。

記

【退会の事由】

【退会の年月日】 令和 年 月 日

【他地区転出の場合】

・転出先

・連絡先住所

・電話番号

・FAX番号

上記の者、本会会員の登録を抹消します。

令和 年 月 日

一般社団法人奥州歯科医師会

会長

㊞