

会長	受付

## 退 会 届

公益社団法人 埼玉県医療社会事業協会会長 様

このたび私は、公益社団法人埼玉県医療社会事業協会を退会いたしたくお届けします。  
なお、会費未納がある場合は定款第6条に則り退会にあたり清算いたします。  
ご了承宜しくお願い申し上げます。

年 月 日

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

勤務施設 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

《 通信欄 》

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_