

福島県臨床内科医会事務局 FAX 024-521-3156 まで送信してください。

## 臨床内科医会 退会届

日本臨床内科医会 御中  
福島県臨床内科医会 御中

依頼日 令和 年 月 日

(フリガナ) 会員氏名	
----------------	--

記入者(続柄)	( 本人 ・ 配偶者 ・ その他 )
退会理由 <small>(今後の参考のためにお聞かせください。)</small>	<input type="radio"/> メリットを感じない
	<input type="radio"/> 必要性を感じない
	<input type="radio"/> 年会費が高い
	<input type="radio"/> 余計な出費を抑えたい
	<input type="radio"/> 年会費の事業所負担が難しい(できない)
	<input type="radio"/> 臨床の役に立たない
	<input type="radio"/> 高齢になってきた
	<input type="radio"/> 臨床を行わない
	<input type="radio"/> その他 ( )

\* 既に納入いただいた会費は、会費徴収規程第3条に基づき返納されませんので、ご了承ください。