

愛知県労災指定医協会 退会届

このたび、下記の理由により愛知県労災指定医協会を退会したく、ここに書類を提出いたします。

2	3					
医療機関名						
所在地		〒				
理由						

年 月 日

医療機関の代表者、又はその遺族

氏名

印

愛知県労災指定医協会会長 殿