

休会届

年　月　日

福岡市泌尿器科医会 御 中

このたび私、_____は、____年__月__日より
_____病院に派遣となりました。つきましては、派遣期間中の
会費を免除いただきたくお願い申し上げます。

派遣期間は_____年間の予定ですが、福岡市内の医療施設に復帰いたしましたら
改めてご連絡申し上げます。

住　所：

氏　名：　　　　　　　印

勤務先：

電話番号：