

# 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：