（第５号様式）

|  |
| --- |
| 　　年　　月　　日退　　会　　届公益社団法人滋賀県獣医師会長様　　　（賛助会員は団体名、代表者名、所在地）住　所　〒　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　印公益社団法人滋賀県獣医師会の会員を退会したいので届け出ます。　　　　　　　　　　　　　　１　退会理由（差し支えなければご記入してください。）２　退会予定期日　　平成　　年　　月　　日　　　 |