（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 |