

退会届  
(医療関係者用)

東京都医師会事務局 殿

平成 年 月 日

私は、「ほっとライン」を退会いたします。

被登録者

ふりがな	
氏名	
ほっとラインID	

申込者

ふりがな		役職	区分
氏名	印		本人・代理人