【様式2】

神奈川県薬剤師会ルーキーメンバー登録解除申請書

〇年　　〇月　　〇日

公益社団法人神奈川県薬剤師会 会長殿

下記理由により、ルーキーメンバーの登録解除を申請します。

　　　登録番号：R〇〇〇〇〇〇（Rから始まる7桁の番号）

　　　氏　　名：〇〇　〇〇

所 属 先：〇〇薬局　/　〇〇大学

対象区分：薬剤師〇年目　/　薬学部〇年生

＜登録解除理由＞

（神奈川県薬剤師会記入欄）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受付日 | 受付担当者 | 備考 |
|  |  |  |