

退 会 届

年 月 日

※適宜必要に応じて二重線で消してください

神奈川県薬剤師会 会長 殿
【日本薬剤師会 会長 殿】

次のとおり退会いたしたく、お届けいたします。

※必要事項にご記入、または☑を付けてください。

会 員	フリガナ	(姓)	(名)	印 又は 自筆サイン	会員番号			
	退会者氏名							
会 員	退会後の連絡先	〒	県		電話番号	-	-	
	自宅住所				Fax番号	-	-	
そ の 他	退会理由	<input type="checkbox"/> 転勤 <input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 廃業 <input type="checkbox"/> 店舗移転 <input type="checkbox"/> 店舗譲渡 <input type="checkbox"/> その他 (下記に理由を記入)						
	届出者氏名	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外 氏名()	会員証	退会后、会員証は必ずご返却くださるようお願いいたします <input type="checkbox"/> 返却 <input type="checkbox"/> 紛失				
備 考	薬剤師会の加入状況	(区)薬剤師会 (市)薬剤師会 神奈川県薬剤師会 ※日本薬剤師会 ※(市)は、必要に応じて線で消してください。						
		<input type="checkbox"/> 退会する <input type="checkbox"/> 会員継続	<input type="checkbox"/> 退会する <input type="checkbox"/> 会員継続	<input type="checkbox"/> 退会する <input type="checkbox"/> 会員継続	<input type="checkbox"/> 退会する <input type="checkbox"/> 会員継続	<input type="checkbox"/> 退会する <input type="checkbox"/> 会員継続	<input type="checkbox"/> 退会する <input type="checkbox"/> 会員継続	
※神奈川県薬剤師会を退会すると、日本薬剤師会も退会する事となります。								