

年 月 日

退 会 届

【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。

退会者氏名												
フリガナ		(姓)	(名)	会員番号								
会 員	退会者氏名											
	勤務先名											
	退会後の連絡先 自宅住所	〒	県									
						電話番号	—		—			
						ファックス番号	—		—			
メールアドレス												
そ の 他	退会理由	☐ 管薬交代 ☐ 転勤 ☐ 退職 ☐ 廃業 ☐ 店舗譲渡 ☐ 死亡 ☐ その他(下記に理由を記入)										
	届出者氏名	☐ 本人 ☐ 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 ☐ 返却 ☐ 紛失						
備 考	※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。											