

平成 年 月 日

退 会 届

~~区 薬 剤 師 会 会 長 殿~~
~~(市) 薬 剤 師 会 会 長 殿~~
神奈川県薬剤師会 会長 殿
日本薬剤師会 会長 殿

※(市)は、適宜必要に応じて二重線で消してください。

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、又は☑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						
退会後の連絡先	〒	—	都道府県	市区	番地	電話番号	— —
	自宅住所 (気付)	市区町村			ファックス番号		— —
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			
	《 退 会 後 》						
薬剤師会の加入状況	区薬剤師会 <input type="checkbox"/> 退会する <input type="checkbox"/> 会員継続	(市)薬剤師会 <small>※(市)は、必要に応じて線で消してください。</small> <input type="checkbox"/> 退会する <input type="checkbox"/> 会員継続	神奈川県薬剤師会 <input type="checkbox"/> 退会する <input type="checkbox"/> 会員継続	※ 日本薬剤師会 <input type="checkbox"/> 退会する <input type="checkbox"/> 会員継続			
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。						