

都道府県薬整理番号 _____

退会届

年 月 日

都道府県薬剤師会会長 殿

No.

貴会を退会いたしたくお届けいたします。

会員番号 都道府県薬名 _____ 支部名 _____

氏 名		印
--------	--	---

勤 務 先	
-------------	--

注) 会員番号を複数もっている方のみ勤務先名をご記入下さい。

会員番号，都道府県薬名，支部名，氏名を必ず記入して下さい。