

(第4号様式)

会員【退会届】

年 月 日

_____ 薬剤師会会長 様
一般社団法人 長野県薬剤師会会長 様
公益社団法人 日本薬剤師会会長 様

地域薬剤師会印	県薬印

貴会を退会いたしたく、お届けいたします。

※下記事項を記入の上、所属の地域薬剤師会へ提出してください。

会員番号		所属地域薬剤師会名	薬剤師会
会 員	フリガナ		印
	氏 名		
勤 務 先	勤 務 先 名 称		

備 考	退 会 理 由	※差支えなければ、退会理由をお書きください。

県薬記入欄	会 員 区 分	A : 正会員 B : 賛助会員 C : 特別会員 D : 名誉会員				
	会 費 区 分	A : A-1 会費 B : A-2 会費 C : B 会費 D : 賛助会費 E : 特別会費				
	会 費	県薬会費		日薬会費		