3－1 本人控

都道府県薬整理番号 ＿＿＿＿＿＿

退　会　届

平成　　年　　月　　日

No.

都道府県薬剤師会会長 殿

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。
この用紙はご本人の保存用としてお使い下さい。