

# 退会届

年 月 日

(一社)徳島県薬剤師会会长 殿  
(公社)日本薬剤師会会长 殿

貴会を退会いたしたくお届けいたします。

会員番号	[REDACTED]	都道府県 番号	3	6	支部名	[REDACTED]
------	------------	------------	---	---	-----	------------

氏名															印
勤務先															[REDACTED]

注) 会員番号を複数もっている方のみ勤務先名をご記入ください。

会員番号、支部名が不明の方は、空欄のままご提出ください。

必ず退会者本人が、署名・捺印してください。

退会者が管理薬剤師の場合、後任の管理薬剤師名をご記入ください。

後任 管理薬剤師														
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

退会者本人が事情により署名・捺印が出来ない場合は、必ず本人了承の上で代筆いただき、下記欄に薬局代表者が署名・捺印し、代筆理由をご記入ください。

本人了承済み  ※チェックを入れてください。

代筆者氏名  印

代筆理由 :