

退 会 届

年      月      日

(一社)徳島県薬剤師会会長 殿  
(公社)日本薬剤師会会長 殿

貴会を退会いたしたくお届けいたします。

会員番号 

--	--	--	--	--	--

 都道府県番号 

3	6
---	---

 支部名 

--

[illegible]

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。

[illegible]

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：