

No. _____

退会届

令和 年 月 日

公益社団法人 静岡県薬剤師会会長 殿
公益社団法人 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		地域・職域 薬剤師会名	
氏名	印		
勤務先			
会員区分	A ・ B	閉局 ・ 交代	
備考			