

(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 | |