

(公社) 平塚中郡薬剤師会 会長 殿

退 会 届

退会者の氏名	
薬 局 名	
所 在 地 (薬局に所属していない場合は自宅住所)	〒 — TEL — —
退会の理由 (該当に○を記入)	1.店舗廃業 2.勤務先退職(退職年月日_____) 3.転居 4.その他()

上記のとおり退会いたしたく会員カードを添えて、お届けいたします。
(薬局を閉局する場合には併せて、保険薬局利用登録証もご返却ください)

届出年月日 年 月 日

氏名 _____ 印

住所 〒 —
