

地区・職域 薬剤師会名	薬剤師会 承認印 会長名 印
----------------	---

公益社団法人東京都薬剤師会 会長殿
 公益社団法人東京都薬剤師会の退会を



退会届

	DB登録	会員台帳

下記の通り届け出致します

【様式4】

※本退会届はご所属の地区または職域薬剤師会にご提出ください

記入日	年	月	日
-----	---	---	---

フリガナ			
氏名			
勤務先名			
住所			
会員種別	正会員 (<input type="checkbox"/> A会費 / <input type="checkbox"/> B会費)	賛助会員 (<input type="checkbox"/> A会費)	
退会理由	<input type="checkbox"/> 廃業 / <input type="checkbox"/> 転勤 / <input type="checkbox"/> 死亡 (年 月 日) / <input type="checkbox"/> その他		
通信欄			