

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		