

(社)八代薬剤師会「退会届」

【FAX提出：62-8605】

該当する変更箇所のみ、新旧をご記入ください。

退会日	平成 年 月 日
-----	----------

1、正会員（個人会員）の退会

会員氏名	ふりがな		
	(印)		
勤務先			TEL -
			FAX -
	薬局開設者	管理薬剤師	勤務薬剤師

2、賛助会員（薬局会員・法人会員等）の退会

会員名		TEL -
薬局名又は店舗名等		FAX -
開設者（社）	(印)	TEL -
		FAX -
	住所	