

(社) 八代薬剤師会 「退会届」

【FAX提出：62-8605】

* 該当する箇所をご記入下さい

退会日	(西暦)	年	月	日
-----	------	---	---	---

1、正会員の変更欄 (薬剤師個人会員の変更欄)

会員氏名	ふりがな			
勤務先 (変更後)			TEL	
			FAX	
	薬局開設者	管理薬剤師	勤務薬剤師	その他の薬剤師
* 該当する区分に○をしてください。				

2、賛助会員の変更欄 (薬局や店舗等の変更欄)

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

* お問い合わせは事務局 (0965-62-8601) まで