

退 会 届

【FAX送信先：0965-62-8605】

* 該当する箇所をご記入下さい。

退会日	年	月	日
-----	---	---	---

1. 正会員の退会（個人会員）

会 員 名		
勤 務 先	名 称	
	住 所	〒
退会の理由		

2. 賛助会員の退会（薬局、店舗等）

会 員 名 (薬局名/店舗名)	名 称	
	住 所	〒
開 設 者 (社 名)	名 称	
	住 所	〒
退会の理由		

※ 届出は、FAXまたは郵送で当会事務局宛にお願いします。
お問い合わせは、事務局(0965-62-8601)迄お願いします。