都道府県薬整理番号＿＿＿＿＿＿

退　会　届

令和　　年　　月　　日

都道府県薬剤師会会長殿

貴会を退会いたしたくお届けいたします。

会員番号								都道府県薬名＿＿＿＿	支部名＿＿＿＿

氏名															印

勤務先																		

会員番号，都道府県薬名，支部名，氏名を必ず記入してください。