

本人→会長→総務・会計

FAX:046-240-8770 オリーブ薬局あて

## 座間市薬剤師会 退会届

ふりがな 退会者の氏名	
本人住所 電話番号・FAX 番号	<u>〒</u> _____ _____
店舗及び勤務先  所在地 電話番号・FAX 番号	<u>〒</u> _____ _____ _____ _____
店舗及び勤務先 名 称	
退会の理由 (該当に○を記入)	1.店舗廃業    2.勤務先退職    3.転居  4.その他<上記以外の場合は理由を記入>

上記のとおり退会いたしたくお届け致します。

退会希望年月日：

届け出た年月日：

届け出た者の住所：

届け出た者の氏名：

座間市薬剤師会会長 殿

承 認 欄 署名・押印	会長 原 延正 印
----------------	-----------