

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	〒 _____
店舗及び勤務先 所在地 電話番号・FAX 番号	〒 _____
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 :

座間市薬剤師会会长 殿

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