退　会　届

年　　月　　日

青森県薬剤師会会長 殿

日本薬剤師会会長 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・地域薬名 □□ ＿＿＿＿＿＿

氏名		印

勤務先	

注）会員番号を複数もっている方のみ勤務先名をご記入下さい。

会員番号、都道府県薬名、支部・地域薬名、氏名を必ず記入して下さい。
この用紙の写しを、保存しておいて下さい。