退　会　届

届出日　　　　　年　　　月　　　日

退会日　　　　　年　　　月　　　日

浜松市薬剤師会　会　長

一般社団法人浜松市薬剤師会の退会を届出します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |

日薬会員番号

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

勤務先

注）会員証を発行されている場合は、退会届と共にご返却ください