

(様式 2)

都道府県薬整理番号 _____

退 会 届

年 月 日

都道府県薬剤師会会長 殿

No.

貴会を退会いたくしくお届けいたします。

会員番号

都道府県薬名

10

群馬

支部名

氏
名

印

勤
務
先

※会員番号、支部名、氏名を必ず記入して下さい。