

退 会 届

一般社団法人びわこ薬剤師会会長殿

一般社団法人びわこ薬剤師会を退会します。

平成 年 月 日

ふりがな		生 年 月 日	年 月 日	
氏名又は法人名				
現住所	〒	・該当事項に○をつけて下さい		
電話番号	()	会 員 の 種 別	・個人正会員 ・個人賛助会員 (口数 口)	
FAX番号	()		・法人正会員 ・法人賛助会員 (口数 口)	
E-Mail	@		業 職 の 種 別	1. 薬局開設者 2. 管理薬剤師 3. 勤務薬剤師 4. 無職

事務局記入欄

会員の種別	A B C 会員	備 考
種別変更		
入会許可日	平成 年 月 日	
脱退日	平成 年 月 日	