

緑区薬剤師会 退 会 届

氏 名	
住 所	〒
店舗及び勤務先名称	
退会希望 年月日	平成 年 月 日
退会後の連絡先	住 所
	電話番号

上記のとおり退会致したくお届けいたします。

平成 年 月 日

緑区薬剤師会 会長 殿

承認欄	会 長	印	会 計	印
-----	-----	---	-----	---