

# 新潟県薬剤師会学校薬剤師部会退会届

年 月 日

薬剤師会会長 様  
新潟県薬剤師会会長 様

受付年月日

地 域： 年 月 日

県学薬： 年 月 日

下記により退会の届出をします。

※下記事項を記入の上、所属地域薬剤師会へ提出してください。

日薬会員番号		所属地域薬剤師会	薬剤師会
氏 名			
住 所	〒		
連 絡 先	電話番号：	E-mail：	
退会理由			
退会年月日			

R7.4.1~

※お手数ですが、氏名は正しくご記入ください。(略字等は使用しないようお願いいたします)。