

退 会 届

年 月 日

(一社) 島根県薬剤師会支部長 殿
(一社) 島根県薬剤師会会長 殿
(公社) 日本薬剤師会会長 殿

貴会を退会いたしたくお届けいたします。

会員番号

--	--	--	--	--	--	--

支部名

--

フリガナ		印
氏 名		
勤 務 先		

※必ず退会者本人が、署名・捺印ください。(代筆の場合は【代筆の場合】をご確認ください。)
会員番号が不明の方は、空欄のままご提出ください。

退会者が管理薬剤師の場合、後任管理薬剤師名をご記入ください。

後任 管理薬剤師	
----------	--

【代筆の場合】

※退会者本人が事情により署名・捺印が出来ない場合は、必ず本人了承の上で
代筆いただき、下記欄に薬局代表者が署名・捺印し、代筆理由をご記入ください。
※連絡がとれない等の理由で本人の了承が得られない場合は、所属支部の支部長の
承認を必ず得てご提出ください。
※支部長記入欄は本人の了承が得られない場合のみでかまいません。

本人了承済み ※チェックを入れる

代筆者氏名 _____ 印

代筆理由 _____

(以下、支部長記入欄)

上記内容を承認しました。

年 月 日 _____ 支部長 _____ 印