



様式第 4 号

一般社団法人 埼玉県薬剤師会退会届

一般社団法人 埼玉県薬剤師会長 様

一般社団法人埼玉県薬剤師会を退会したく下記により届け出ます。

フリガナ	姓 サイタマ	名 ケンヤク	印
氏名	埼玉	県薬	
店舗名称	※学校名称と G から始まる会員番号をご記入ください。会員番号は入会時にメールで送信した会員証をご確認ください。 〇〇大学薬学部 (G000)		
店舗所在地 (無職の場合は自宅)	〒〇〇〇-〇〇〇〇 ※学校の住所をご記入ください (埼玉県内の大学の場合は省略可) 〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇-〇 電話〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 F a x 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		
退会理由	<input type="checkbox"/> 廃業 <input type="checkbox"/> 退職 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (卒業、〇〇の理由により等)		
退会後の連絡先	電話〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		

※ 退会の際は、地域薬剤師会代表者の確認を得てください。

<地域薬剤師会代表者確認欄>

確認年月日 (年号) 年 月 日
 地域薬剤師会名 _____
 代表者 _____ 印

<県薬使用欄>

受付年月日 (年号) 年 月 日
 未納会費 _____ 円
 その他未納金 _____ 円
 合 計 _____ 円

記入不要