

# ■ 退 会 届 ■

北 区 薬 剤 師 会 会 長 印

	D B 登 録	会 計 台 帳

【様式4】

公益法人東京都薬剤師会会長 殿  
 東京都薬剤師連盟会長 殿  
 公益社団法人東京都薬剤師会の退会を下記の通り届け出ます。  
 東京都薬剤師連盟の退会を下記の通り届け出ます。

## 退 会 届

記 入 日	年 月 日
-------	-------

※ 本申込書は、ご所属の地区薬剤師会にご提出ください。

フリガナ		性別	MEMO
氏 名	印	<input type="checkbox"/> 男 / <input type="checkbox"/> 女	
勤務先名			
自宅住所	〒 _____		
	Tel	FAX	
会員種別	<input type="checkbox"/> A会員 / <input type="checkbox"/> B会員 / <input type="checkbox"/> C会員 / <input type="checkbox"/> その他		
退会理由	<input type="checkbox"/> 廃業 / <input type="checkbox"/> 退職 / <input type="checkbox"/> 転勤 / <input type="checkbox"/> 死亡( 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> その他( )		
通信欄	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____		