

届出日： 年 月 日

退 会 届

一般社団法人
千葉県病院薬剤師会会長 殿

フリガナ			日病薬 会員番号	
氏 名				
勤務先	フリガナ		支部名（チェックしてください） ☐ 中央 ☐ 東部 ☐ 西部 ☐ 北部 ☐ 南部 ☐ 外房 ☐ 印旛	
	施設名			
	住所	〒		
	電話番号			
転 出	他の都道府県病院薬剤師会に転出する場合 都道府県名： _____			

《事務局記入欄》

受 付 日	年 月 日	名 簿	
日病通知日	年 月 日	区 分	
県薬通知日	年 月 日	P C	