

(様式第2号)

受付番号 号

支部長経由

# 退 会 届

令和 年 月 日

宮崎県薬剤師連盟会長 殿

支 部 名		
会 員 名		印
※退 会 理 由		

※ 退会される方は、必ず具体的な理由をご記入ください。