

(様式第3号の1)

受付日	
受付番号	号

地域薬剤師会長 印

退 会 届

記入日：令和 年 月 日

一般社団法人宮崎県薬剤師会長 殿

氏 名							印
薬剤師番号							
勤 務 先							

貴会を退会したいと存じますので、お届けします。

退会の理由	1. 県外転出のため 2. 退職のため 3. その他 ()
備 考	

記入上の注意

1. 退会日は、地域薬剤師会受付日となります。
月日を指定したい場合は、備考欄にその旨をご記入ください。