

(様式第2号)

受付日	
受付番号	

都城市北諸県郡薬剤師会会長 ㊟

## 退 会 届

記入日：令和 年 月 日

一般社団法人都城市北諸県郡薬剤師会会長 殿

氏 名	㊟						
薬剤師番号							
勤 務 先							

都城市北諸県郡薬剤師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. 県内の他地域へ移動のため ( 市・町・村 ) 2. その他 ( )
備 考	