

(様式第3号の2)

受付日	
受付番号	号

地域薬剤師会長 印

賛助会員A 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

貴会を退会したいと存じますので、お届けします。

会社名	
備考	

記入上の注意

- 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。