

(様式第3号の3)

受付日	
受付番号	号

地域薬剤師会長 印

薬局 賛助会員B 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

医療機関番号							
薬局名							

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. 廃止 (年 月 日付け廃止) 2. 保険薬局辞退 (年 月 日付け辞退) 3. その他 ()
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。