退会届

年　月　日

フリガナ

退会者の氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

店舗及び勤務先

所在地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（無職は自宅住所）

店舗及び勤務先

名称＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

退会の理由（該当に〇を記入）

① 店舗廃業　　②勤務先退職　　③転居　　④その他（　　　　　　　）

上記の通り退会致したくお届けいたします。

退会希望年月日　　　　　　年　　月　　日

届け出た者の住所：〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

多摩区薬剤師会　会長殿