

退会届 (A会員用)

退会者の氏名

⑩

店 舗 名

所 在 地

退 会 の 理 由

退会後の連絡先

住所

〒 -

電話

- -

上記のとおり退会致したくお届け致します。

退会希望年月日 平成 年 月 日

届け出た年月日 平成 年 月 日

届け出た者の住所

届け出た者の氏名

社 団 法 人 藤 沢 市 薬 剤 師 会 会 長 様

協 同 組 合 藤 沢 薬 業 協 会 会 長 様

退会后、会員証は必ず返却くださるようお願い申し上げます。
(住所) 〒251-0052 藤沢市藤沢921番地 (社)藤沢市薬剤師会

退会届 (B会員用)

退会者氏名 ㊟

住 所 (〒 -)

電 話 番 号

勤 務 先

退 会 の 理 由

上記のとおり退会致したくお届け致します。

届け出た年月日 平成 年 月 日

社団法人藤沢市薬剤師会 会長 様

退会后、会員証は必ず返却くださるようお願い申し上げます。
(住所) 〒251-0052 藤沢市藤沢921番地 (社)藤沢市薬剤師会