

# 退 会 届

会 長 様

私は、次のとおり退会を致したく届け出ます。

退 会 の 種 別 (該当箇所を☑して下さい)

藤沢市薬剤師会  第Ⅰ種会員  第Ⅱ種会員  
 店舗協力会員  
(店舗名 )

藤沢薬業協会  会員  賛助会員  
藤沢市薬剤師連盟  会員

退 会 者 の 氏 名

〒 —

退 会 後 の 連 絡 先

住所

電話

退 会 の 理 由

届出年月日 年 月 日

退会希望年月日 年 月 日

(届出年月日以降となります)

※藤沢市薬剤師会の退会時は、会員証をご返却下さい

※藤沢薬業協会の退会時は、出資証券をお持ち下さい

問合せ先 : 藤沢市薬事センター

〒251-0052 藤沢市藤沢921

TEL:0466-22-8664 FAX:0466-23-5898