

（一社）いわき市薬剤師会退会届

平成 年 月 日

一般社団法人いわき市薬剤師会会長 様

貴会を退会したくお届け致します。

会員名	フリガナ		性別
	氏 名	印	男 ・ 女

勤務先	名称			
	〒/住所	(〒 -)		
	TEL		FAX	

*事務局記入欄

受理年月日	平成	年	月	日
処理年月日	平成	年	月	日