

退会届

(西暦) 年 月 日

一般社団法人 吹田市薬剤師会 会長殿

以下のとおり退会いたしたく、お届けします。

退会者氏名	
薬局名	
退会日	(西暦) 年 月 日付
退会理由	<input type="checkbox"/> 転勤 <input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 廃業 <input type="checkbox"/> 店舗移転 <input type="checkbox"/> 店舗譲渡 <input type="checkbox"/> その他(下に記入) ※管薬変更の場合、後任管理薬剤師名 ()
届出者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外 () ※代理で提出される際は必ずご本人の意向をご確認下さい。

※1. 府薬へは別途届出が必要です。(府薬TEL:06-6947-5481)

※2. FAX届出可(FAX:06-6378-0220)。早めのご提出をお願いします。