様式第2号

**退会届**

年　　　月　　　日

一般社団法人彦根薬剤師会　　様

貴薬剤師会定款並びに細則に基づいて退会を申し込みます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 印 |
| 氏名 |  |  |
| 勤務先名 |  | |
| 後任管理薬剤師 |  | |
| 備考 |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| 書類受理 | 年　　　月　　　日 |