

## 退 会 届

平成 年 月 日

京都府薬剤師会  
会長

殿

貴会を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

会 員 種 別		登 録 会 員 名	
1	正会員(薬剤師)	氏名	㊟
		住所 〒	
2	賛助会員	法人名	㊟
		法人登記住所	
		代表者役職及び氏名	㊟
	個人	氏名	㊟
住所 〒			

病院診療所薬剤師部会に所属する方は下記にご記入ください。

会 員 種 別	登 録 会 員 名	
正会員(薬剤師)	氏名	㊟
	住所 〒	
	日本病院薬剤師番号 ( )	
	勤務先名	
他府県に異動され引き続き日本病院薬剤師会に入会する場合は異動先を右欄にご記入下さい。	都道府県	
	勤務先名	

## 【記入上の注意】

- 退会処理は、ご記入いただいた退会希望年月日に行います。
- 退会希望日が書類受付日以前の場合は書類受付日を退会処理日としますのでお早めにご提出ください。  
(例)平成22年6月1日に退会届が提出され、退会希望日が平成22年3月31日と記入がある場合は平成22年6月1日付けの退会処理とさせていただきます。
- 病院診療所薬剤師部会所属の方で、勤務先を退職後、日本病院薬剤師会の特別会員として引き続き入会される場合は「退会届」ではなく、「変更届(様式2-1)」をご提出下さい。