

別紙

一般社団法人栃木県病院薬剤師会 御中

届出日 年 月 日

退 会 届

日病薬会員 No.	フリガナ
	氏 名
退会時の勤務先名	
県外へ異動の場合は異動先を記入： 都道 病院 府県 薬局 へ異動	

【提出先】 一般社団法人栃木県病院薬剤師会 事務局 E-Mail : jimukyoku@tshp.ne.jp
FAX : 0287-23-9854