

A 会員休会

A 会員休会辞退 届出書

A 会員薬剤師氏名		
薬剤師番号及び年月日		第 号 年 月 日
薬局、主たる機能を有する事務所、製造所、店舗又は営業所	名称	
	所在地	
休止、又は再開の年月日		年 月 日
休 会 理 由		連絡先電話 () -

休 会
上記により、 の届出をします。
休会辞退

年 月 日

住所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)

氏名 (法人にあっては、名称及び代表者の氏名)

一般社団法人豊橋市薬剤師会会長 様

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4とすること。
- 2 字は墨、インク等を用い、楷書ではっきりと書くこと。
- 3 休止の場合には、休止又は再開の年月日欄に「〇年〇月〇日まで休止の予定」と付記すること。