|  |
| --- |
| **様式Ⅲ　退会届**  |

一般社団法人富山県病院薬剤師会会長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　届出日　西暦　　　　年　　月　　日

退　会　届

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 日病薬会員№　 | 施設コード | フリガナ　　　 |
| 氏　名　　 |
| 勤務先名　 |
| メールアドレス　　　　　　　　　　　　　＠※後日手続き等で連絡をする場合がありますので、今後も連絡がとれるアドレスを記載ください。 |
| （　　　）　　 年　 月で、富山県病院薬剤師会を退会します。他県に異動し、日本病院薬剤師会会員を継続予定　　　　　　　　　　　　　都道　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　病院　　　　　　　　　　　　　府県　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　薬局　へ異動 |
| （　　　）　 　 年　 月で、富山県病院薬剤師会・日本病院薬剤師会を退会します。※当該年度会費を納入済みで、日病薬雑誌を自宅送付に変更されたい場合は、下記に自宅住所を記載ください。自宅住所〒 |

**・退会種別に　○　をつけてください。**

**・退会予定年月をご記載ください。**

**・特別会員に変更される場合は、「様式Ⅱ　変更届」をご提出ください。**

**【届出先】データの誤転記を防ぐため、メール添付での送付にご協力ください。**

**〒**930-8057　富山県富山市堀27番地2

富山県病院薬剤師会事務局

FAX　076-420-5451

e-Mail thpa-office@toyama-byouyaku.com