|  |
| --- |
| **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　令和 　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 | | |
| 他県異動　　　　　　　　　都道　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　病院  　　　　　　　　　　　　　府県　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　薬局　へ異動 | | |
| ＊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。  その場合、次年度は、特別会員になり、自宅に会費請求が届きます。もし、今年度末で退会される場合は、  その旨ご連絡ください（下記に○をつけてください）。  自宅住所〒  （　　　）今年度末で富山県病院薬剤師会・日本病院薬剤師会を退会します。 | | |

**【届出先】**

**〒**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