

(様式2)

# 退 会 届

岡山県病院薬剤師会 会長 殿

会則により岡山県病院薬剤師会を退会いたしたく存じますのでお届けいたします。

令和 年 月 日

ふりがな	
氏名	
施設名	
日病薬会員番号※	
退会理由	
他県移動	都道 府県 病院 薬局へ異動

代筆者

---

【退会届送付先】

〒700-8558 岡山県岡山市北区鹿田町2-5-1 岡山大学病院 薬剤部内  
岡山県病院薬剤師会 事務局（庶務担当）  
TEL：086-235-7654 FAX：086-235-7796

※ 日病薬会員番号は「日本病院薬剤師会ホームページ」の会員番号検索で確認できます。