

神奈川県薬剤師会退会届

神奈川県薬剤師会 様

受領日をもって、神奈川県薬剤師会を退会いたします。
退会月までの会費及び未精算分の金額を支払うことに同意いたします。

会員使用欄	
記入日	年 月 日
会員名	印
退会後の連絡先	宛 名 _____ 様
	住 所 〒 _____
	TEL : _____

神奈川県薬剤師会使用欄	
受領日	年 月 日 印

✂-----切り取り線-----

領 収 書

年 月 日

様

金額 ¥ _____

上記、正に領収いたしました。

項目	内訳	単価	数量	金額
会費				
書籍代				
未精算金				
小計				

神奈川県薬剤師会 印