

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
薬局名	印
退会後の連絡先	宛 名 _____ 様
	住 所 〒 _____
	TEL : _____
	MAIL: _____

※ 退会届受領後、退会月までの会費及び未精算分金額の請求書を送付させていただきますので、必ず連絡の取れる連絡先のご記入をお願い致します。

上記の内容を記載しましたら、事務局(045-328-3798)へ FAX で送信してください。

ご希望の退会月がございましたら、下記欄にご記入お願いいたします。

※ 退会届記入日より前の月は指定できません。

退会希望月	年 月
-------	-----

退会月までの会費及び未精算分金額は、請求書に記載されている口座へのお振込みをお願い致します。また、お振込手数料のご負担もお願い致します。

横浜市薬剤師会の退会も併せてご希望の場合、直接横浜市薬剤師会へご連絡していただき退会の手続きをしていただく必要がございます。

【ご不明時の連絡先】 神奈川県薬剤師会 事務局運営会社 株式会社アイキャル
TEL : 045-328-3797 FAX : 045-328-3798
MAIL : kyk-jimukyoku@ical.jp