様式３

退 会 届

　　年　　月　　日

愛媛県女性薬剤師会会長 殿

貴会を退会したいので、退会届を提出します。

住所

氏名

勤務先

・ご提供いただいた情報は会員管理の目的以外には使用いたしません。

**≪退会届送付先≫**

　郵送またはFAX送信、またはメール送信でお願いします。

〒790-0003 松山市三番町7丁目6－9　 (一社)愛媛県薬剤師会内　愛媛県女性薬剤師会

FAX 089－921－5353

E-mail himeyaku2021@gmail.com