

(第5号様式)

**退会届（正会員・賛助会員）**

年 月 日をもって一般社団法人高松市薬剤師会を退会するので、届けます。

年 月 日

一般社団法人高松市薬剤師会  
会長 元 木 泰 史 様

〒

住所

薬局名

開設者氏名

(印)

管理薬剤師の氏名

(印)

電話番号

FAX 番号

(備考) 該当する区分を○で囲ってください。