

一般社団法人川崎市薬剤師会 会長 様

フリガナ						
会員氏名	⑩					
自宅 (退会後の連絡先)	住所	〒 —				
	T E L	— —				
	F A X	— —				
店舗又は 勤務先	所在地	〒 —				
	名称					
	T E L	— —				
	F A X	— —				
	業態別	1 保険薬局 2 非保険薬局 3 一般販売業 4 薬種商販売業 5 店舗販売業 6 卸売販売業 7 その他（ ）				
	業務種別	1 開設者 2 薬剤師（ ☐ 管理薬剤師・ ☐ 勤務薬剤師） 3 その他（ ）				
退会の理由	1 店舗廃業 2 勤務先退職 3 転勤 4 転居 5 その他（上記以外の場合は理由）					