

退 会 届

会員 No.	フリガナ 氏 名
勤務先名	
他県異動	都道 府県
	病院 薬局 へ異動

・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。

【届出先】

①会員は必要事項をご記入の上、所属する支部事務局へ提出下さい。

<https://hokubyo.or.jp/about/>

②支部事務局→北海道病院薬剤師会事務局への提出先アドレス：

member-hokubyo@pharm.hokudai.ac.jp