

退 職 証 明 書

退職者 住 所

氏 名

上記の者は、令和 年 月 日をもって当薬局を退職したことを証明いたします。

令和 年 月 日（提出日）

事業主組合員 住 所

氏 名

印
(シャチハタ印不可)

静岡県薬剤師国民健康保険組合理事長 様