

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)

住所
事業主組合員
氏名 _____

静岡県薬剤師国民健康保険組合理事長 様