**申請日　　令和　　　年　　月　　日**

（産前産後、育児休業に伴う）

**特別措置願**

一般社団法人　兵庫県薬剤師会

会長　笠井　秀一 様

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者氏名 | （会員番号　　　　　　　　）  ㊞ |
| 申請者住所 |  |
| 電話番号 |  |

私は、産前産後及び育児を目的とした休業に伴い、薬剤師会は一時的に退会いたしますが、

会員規程第８条の規定に則った再入会時の特別措置（兵庫県薬剤師会入会金免除）を希望します。

休業期間　　　令和　　年　　月　　～　　令和　　年　　月　（予定）

産前産後、育児休業に伴う特別措置願を受理しました。

|  |  |
| --- | --- |
| 病診　支部 | 支部長  　㊞ |

　　　　　　　　　　※支部長名と押印は空白にして、兵庫県病院薬剤師会事務局へ送付してください。

　上記申請を承認します。

令和　　年　　月　　日

一般社団法人　兵庫県薬剤師会　会長　笠井　秀一　　㊞

※退会時、所属支部へ退会届と同時に添付提出のこと（支部長了承印必要）

※特別措置期間は、申請月から最長3年間

※再入会時は、特別措置願の写しを添付して提出のこと。

※特別措置願の原紙は、兵庫県薬剤師会事務局で管理する。