

新北市藥師公會 執照繳銷證明書

新北市藥師執繳字號第 _____ 號

藥師姓名：

會籍號碼：

身分證字號：

出生日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

執業名稱：

執業地址：

執業電話：

申請人簽章：

繳銷原因：變更退會其他：

手機：

新北市藥師公會 理事長 古博仁

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

◎藥師執業執照請於離職 30 天以內向新北市任一區衛生所辦理繳銷，以免受罰