

(社)八代薬剤師会正会員「入会申込書」

【原本提出】

太線枠内をご記入ください。(連絡先は、情報共有のほか、災害・緊急時の対策等に必要です。可能な限り詳しくご記入ください。目的外には厳に使用しません。)

申込日	平成 年 月 日提出	年会費 5 0 0 0 円
氏名	ふりがな	男・女
	⑩	
連絡先	現住所 (居所)	熊本県
	自宅電話番号	() -
	携帯番号	- -
	メールアドレス	
卒業大学 (院を除く)	大学卒	
	薬剤師の方のみご記入ください。	
勤務先	TEL	-
	FAX	-
薬剤師区分	薬局開設者 管理薬剤師 勤務薬剤師 その他の薬剤師	
	該当する区分に○してください。	

以下は記入しないでください。

入会受付	受付日等の記録		確認印
	事務局受付日	平成 年 月 日	
	会費入金日 (5,000円)	平成 年 月 日	
提出方法	郵送	〒869-4601 八代郡氷川町今150-2	
	原本を提出してください。(口座振替依頼書と同時にご提出ください。) 薬局で取りまとめていただきますと、回収に伺います。		

お問い合わせは、事務局0965-62-8601まで。

入会されますと、会員資格は毎年度継続します。退会される場合は「退会届」を提出してください。