

(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	(西暦) 年 月 日 提出	年会費 7000円
氏名	ふりがな	
連絡先	現住所	熊本県
	(居所)	
	自宅電話番号	() -
	携帯番号	- -
	e-mail	@
薬剤師免許番号		
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○をしてください。	

* 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	(西暦)	年 月 日	
	会費入金日 (7000円)	(西暦)	年 月 日	

<提出方法> 郵送 〒869-4601 八代郡氷川町今150-2

* 上記住所へ入会申込書と入会金払い込み明細の写しを郵送して下さい

<振り込み先> ゆうちょ銀行

口座番号 01760-6-167827

加入者名 一般社団法人 八代薬剤師会

* 通信欄に「令和*年度一般社団法人八代薬剤師会 正会員会費」

「勤務先：*****」「名前：*****」を必ずご記入下さい

* 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