

入会申込書 (正会員)

【原本提出】

申 込 日		年 月 日	年会費 7,000円
(ふりがな)			
氏 名			
連絡先	住 所	〒	
	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	1.薬局開設者    2.管理薬剤師    3.勤務薬剤師    4.その他の薬剤師 ※ 該当する区分に○をつけて下さい。		

(申込方法)

下記の住所へ入会申込書と入会金(7,000円)の領収書の写しを郵送して下さい。	
① 振込先	銀行名 ; 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 ※ 勤務先名、氏名を必ず記入して下さい。
② 送付先	〒869-4601    熊本県八代郡氷川町今150-2 一般社団法人 八代薬剤師会 宛
【問合せ先】	八代薬剤師会 事務局 (0965-62-8601)

(事務局記入欄)

入会受付	事務局受付日	年 月 日	確 認 欄	承 認 欄
	会費入金日	年 月 日		