

入会・変更申込書

一般社団法人彦根薬剤師会会長殿

一般社団法人彦根薬剤師会の定款及び個人情報の規定に同意し、入会・変更 を申込します。

申し込み日 令和 年 月 日

変更の場合は変更箇所の左欄カラムに○印をつけてください。	ふりがな		生年月日	
	氏名		年 月 日	
			薬剤師番号	
			第 号	
	ふりがな		電話番号	
	自宅住所	〒	()	
			FAX番号	
			()	
	E-Mail	@	携帯番号	
			()	
ふりがな				
勤務先名				
勤務先所在地	〒	電話番号		
		()		
		FAX番号		
E-Mail	@	()		
該当事項に○をつけて下さい				
会員の種類	正会員	準会員	特別会員	
業職の種別	薬局開設者	管理薬剤師	勤務薬剤師	学生 無職 その他()
会費納入	請求送付先 :	勤務先	自宅住所	
	納入方法 :	引き落とし(個人 勤務先)	振り込み	

備考	
----	--

事務局記入欄

書類受理	年 月 日	参考
------	-------	----