

坂東市薬剤師会 入会申込書

私は、坂東市薬剤師会の入会申し込みをいたします。

申込日 年 月 日

フリガナ			
氏名	Ⓜ	職種 (選択し○をつけてください)	薬剤師 登録販売員 医療事務
生年月日	明大 年 月 昭平	性別	男 女
フリガナ			
自宅住所	〒 都道 府県		
TEL		携帯電話	
FAX		Eメール	
フリガナ			
勤務先名			
フリガナ			
勤務先住所	〒 都道 府県		
TEL		Eメール	
年会費の 納付方法 (選択してください)	現金 ・ 銀行振込		

※現金の場合は研修会等の際にお支払いいただきますのでご用意の程お願い致します。

銀行振込の場合は、以下の口座に振り込み願います。

常陽銀行 岩井支店 普通 1458383
坂東市薬剤師会 事務局 代表 染谷 敏文

本入会申込書を会長宛（スガヌマ薬局 0297-35-2093）までFAX願います。