

送付先

一般社団法人福島県薬剤師会 事務局

F A X 0 2 4 - 5 4 9 - 2 2 0 9

## 入会申込資料請求

平成 年 月 日

### ■入会希望者

氏 名	
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日
勤 務 先	
区 分	<input type="checkbox"/> 開設者（法人代表者） <input type="checkbox"/> 管理者（管理薬剤師） <input type="checkbox"/> 営業所管理者 <input type="checkbox"/> その他の薬剤師 <input type="checkbox"/> 無職
備 考	

### ■送付先

氏名（事業所名）	
担当者名	
郵便番号	
住 所	
TEL	