

送付先

一般社団法人福島県薬剤師会 事務局

FAX 024-549-2209

(賛助会員用)

入会申込資料請求

平成 年 月 日

■入会希望者

| | |
|-----------|---|
| 氏名（事業所名） | |
| 区 分 | <input type="checkbox"/> 薬局経営者及びその他個人 <input type="checkbox"/> 企業及び団体 <input type="checkbox"/> 薬剤師以外の薬品の製造業及び卸売業等の関係者 <input type="checkbox"/> 医薬品販売に従事する者 <input type="checkbox"/> 薬科学生（薬剤師以外） |
| 日薬会員登録の有無 | <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない |
| 備 考 | |

■送付先

| | |
|----------|-------------|
| 氏名（事業所名） | |
| 担当者名 | |
| 郵便番号 | |
| 住 所 | <hr/> <hr/> |
| TEL | |