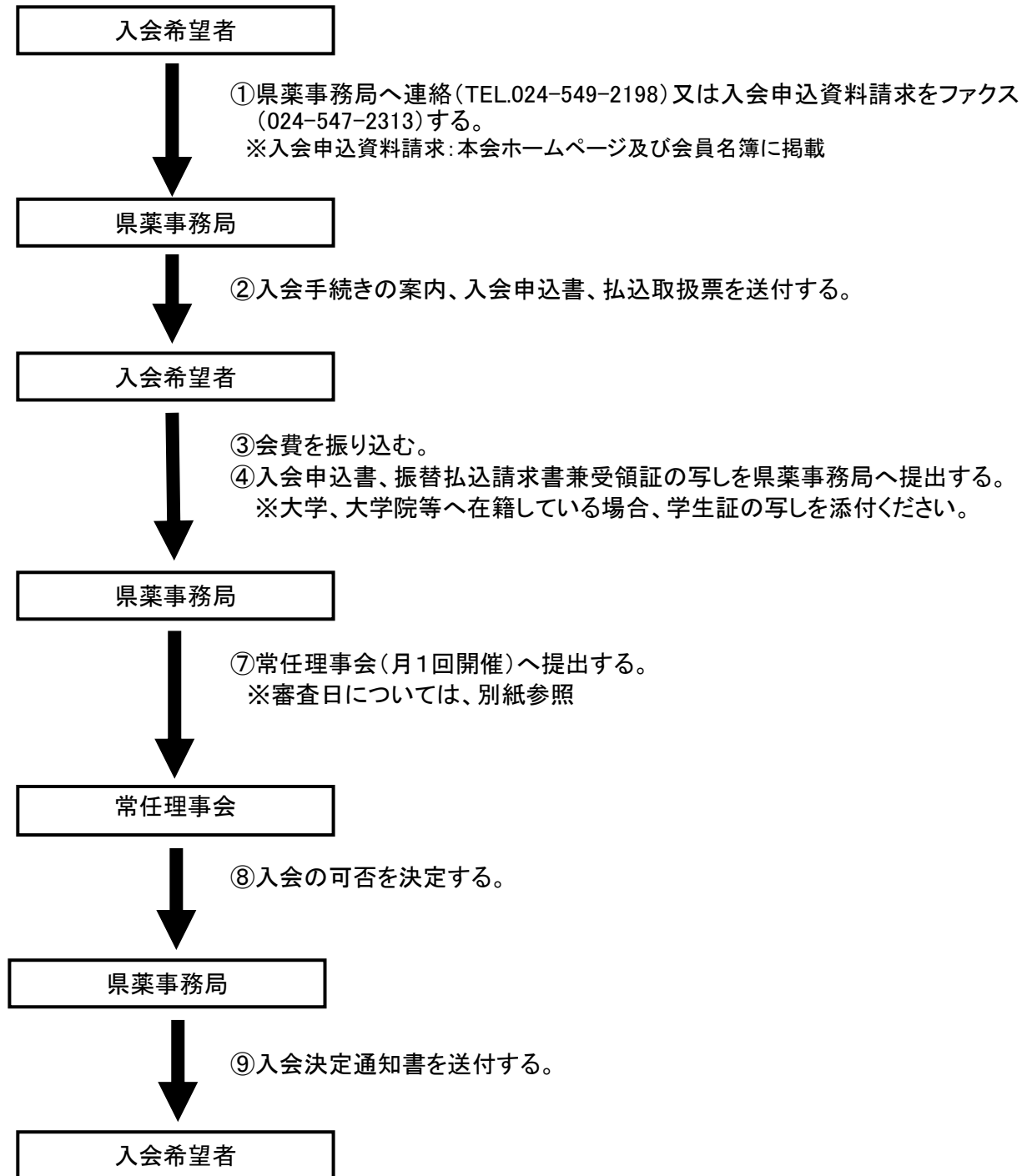


## 入会手続きの流れ（賛助会員・特別会員）



送付先

一般社団法人福島県薬剤師会 事務局

FAX 024-547-2313

(賛助会員・特別会員用)

## 入会申込資料請求

令和 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） <input type="checkbox"/> 薬科学生
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	
TEL	