

送付先

一般社団法人福島県薬剤師会 事務局

FAX 024-547-2313

(正会員用)

入会申込資料請求

令和 年 月 日

■入会希望者

| | |
|------|--|
| 氏名 | |
| 生年月日 | 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（薬剤師免許取得年月：____年____月） <input type="checkbox"/> 無職 |
| 備考 | ※管理薬剤師変更の場合 現管理薬剤師（会員） <input type="checkbox"/> 退会 <input type="checkbox"/> 区分変更 <input type="checkbox"/> 店舗異動 |

■送付先

| | |
|----------|--|
| 氏名（事業所名） | |
| 担当者名 | |
| 郵便番号 | |
| 住所 | |
| TEL | |