

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 ※ <input type="checkbox"/> いわき市薬剤師会賛助会員

■送付先

氏名（事業所名）	
担当者名	
郵便番号	
住 所	
TEL	