

学術（C）会員入会申込書

※本申込書は、西多摩薬剤師会管理センターにご提出ください

一般社団法人西多摩薬剤師会 会長殿

		記 入 日	年 月 日
フリガナ		性 別	□大正/□昭和/□平成
氏 名	Ⓜ	□男/□女	生 年 月 日
			年 月 日
勤務先名			保険薬剤師登録 記号番号
			東薬
勤務先住所	〒 _____		登録日
			□大正/□昭和/□平成
	Tel		年 月 日
	Fax		薬剤師免許 登録番号
			第 _____ 号
自宅住所	〒 _____		免許登録日
			□大正/□昭和/□平成
	Tel		年 月 日
	Fax		通 信 欄
E-mail			
出身大学	□大正/□昭和/□平成		
	卒業		
(大学院)	(_____)	年 月	

