

東京都薬剤師連盟 入会申込書

東京都薬剤師連盟 会長 殿

東京都薬剤師連盟の規約並びに同施行細則の規定に基づいて入会を申込みます。

所 属 薬 剤 師 連 盟		所 属 薬 剤 師 連 盟 会 長 承 認 印	印
---------------	--	----------------------------	---

(注) 本申込書は必ず所属薬剤師連盟会長と連絡の上、申込者が記入し、所属薬剤師連盟会長に提出して下さい。

		記 入 年 月 日	年 月 日
氏 名	印 男・女	生 年 月 日	大正 昭和 平成 年 月 日
自 宅 住 所	〒		
	電話番号	FAX番号	
勤 務 先 名			
同 上 所 在 地	〒		
	電話番号	FAX番号	
会 費 区 分	A (薬局・医薬品販売業等の管理者または開設者) B (区分A以外のもの)		