様式第１号（ＨＰ）

入　会　申　込　書（賛助会員）

会　長	副会長	専務理事	支部長

氏名	ふりがな	男女	生年月日	S・H　年　月　日
住所	□□□－□□□□ TEL（　　）　－　E-mail（　　）			
店舗	□□□－□□□□ 所在地 TEL（　　）　－　FAX（　　）　－ ふりがな 名　称			
業務の種別	薬局　一般販売　医薬品製造業　その他（　　）			
管理薬剤師氏名				
備　考	※開局予定日（平成　　年　　月　　日）			

熊本県薬剤師会定款第６条の規定に基づき、入会金を添えて申込みます。

平成　　年　　月　　日

氏　名　　印

（開設者が法人にあっては法人名）

公益社団法人 熊本県薬剤師会会長　様

伺い：本書により手続きしてよろしいか。					
事務局長	次　長	係　長	主　任	係　員	受付日付印