

# 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	生年	S・H 年 月 日
	-----	女	月日	
住所	〒 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇			
	TEL (      )		E-mail (      )	
店	〒 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇			
	所在地		TEL (      )      FAX (      )	
舗	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 (      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。

年 月 日

氏名  
(開設者が法人にあつては法人名)

印

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