

入会申込書 (特別会員)

会 長	副会長	専務理事

氏 名	ふりがな	男 女	生年 月日	S・H 年 月 日		
自 住 宅 所						
		TEL ()	—	E-mail ()		
学 校 名						
	所在地	TEL ()	—	FAX ()	—	
	ふりがな					
	名 称					
学 部						
学 科						
学 年						
備 考						

熊本県薬剤師会定款第6条の規定に基づき、入会を申込みます。

年 月 日

氏 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