

入会金
無料
キャンペーン

キャンペーン期間中に入会いただくと
入会金10,000円が無料に！

活躍のステージが広がります！

薬剤師会で繋がりを作りませんか？



公益社団法人 熊本県薬剤師会

薬剤師の皆様のご入会をお待ちしています

入会金無料キャンペーンについて

- 必要書類：入会申込書
(裏面の入会申込書をご利用ください)
- ※入会申込書は押印した原本をご提出ください
 - ※年会費(22,000円)は別途必要です
 - ※開設者である薬剤師は対象外です

留意事項

下記URLもしくはQRコードの「入会申込みに当たって
(会員の個人情報の取扱いについて)」をよく読み、
承認された上でご記入ください。

<https://www.kumayaku.or.jp/about/entry/>



会長	副会長	専務理事	支部長

入会申込書

氏名	ふりがな			男 女	生年 月日	S・H 年 月 日		
自宅住所	〒 -							
	TEL () -			E-mail ()				
薬剤師免許番号 第 号				登録年月日 S・H・R 年 月 日				
卒業大学名 (院を除く)				卒業年月日 S・H・R 年 月 日				
開設者の場合	〒 -			所在地				
	TEL () -			FAX () -				
	ふりがな			名称				
勤務者	〒 -			所在地				
	TEL () -			FAX () -				
	ふりがな			名称				
薬剤師区分	管理薬剤師			その他の薬剤師				
業務の種別	薬局	病院	一般販売	卸	その他			
備考								
※開局の場合、開局年月日をご記入ください。(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

印

(開設者が法人にあつては法人名)

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