

群馬県女性薬剤師会 入会 退会 申込書

*入会・退会いずれかに印を付けてください。

申込日 年 月 日

フリガナ				
氏名				
薬剤師名簿登録番号	第	号	(西暦	年 月 日登録)
生年月日	大・昭・平	年 月 日	性別	男・女
フリガナ				
自宅住所				
TEL		携帯電話		
FAX		Eメール		
フリガナ				
勤務先名				
フリガナ				
勤務先名住所				
TEL		Eメール		

* 入会の場合は年会費3000円を研修会参加時にご用意ください。
 または下記にお振込みをお願いします。

群馬銀行 豎町支店 店番号 101 口座番号 1171618 群馬県女性薬剤師会

本申込書を事務局までFAXお願いします。

FAX: 027-233-5844
 若宮調剤薬局内 群馬県女性薬剤師会
 事務局長 金子 たづ江

