

# 群馬県女性薬剤師会 入会 申込書

## 退会

\*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・令	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メール添付かFAXにてお願いします。

FAX: 0277-46-7998 ( ㊚ : gunjyoyaku@outlook.com )  
 群馬県女性薬剤師会 事務局長 加藤 明子