

座間市薬剤師会 第2種会員 入会申込書

令和 年 月 日

座間市薬剤師会 会長 殿

会 員	ふりがな	
	氏名	
	〒	
	住所	
	TEL 番号	FAX 番号
	e-mail	
	個人アドレスでのメーリングリスト（ML）参加を希望 する ・ しない ML : zamayakuall@groupml.jp を利用して一斉連絡をしています。 希望の場合は薬剤師会にてメーリングリスト登録をします。	
	生年月日 年 月 日	
店舗 又は 勤務先	卒業年度 年度	
	薬剤師番号 第 号	
	〒	
	所在地	
	店舗名 又は 勤務先名称	
	TEL 番号	
FAX 番号		
e-mail		

*入会は役員会の承認をもって決定するため、入会日は申込日と異なる事をご了承ください。

承認欄 署名・押印	会長 原 延正 印
--------------	-----------