

本人→会長→総務・会計

FAX:046-240-8770 オリーブ薬局あて

座間市薬剤師会 第1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
	卒業年度	年度	
	薬剤師番号	第	号
店舗 又は 勤務先	〒		
	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	会長 原 延正 印
署名・押印	