

**座間市薬剤師会 賛助 B 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	
個人アドレスでのマーリングリスト（ML）参加を希望 する ・ しない ML : <a href="mailto:zamayakuall@groupml.jp">zamayakuall@groupml.jp</a> 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マ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	〒	
	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
--------------	-----------