

FAX:046-240-8770 オリーブ薬局あて

令和 年 月 日

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	〒			
	所在地			
	店舗名　又は 勤務先名称			
	TEL 番号			
	FAX 番号			
	e-mail			

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