

一般社団法人 茨木市薬剤師会  
入 会 申 込 書

申 込 日 平成 年 月 日

下記の通り入会申込致します。

申 込 者

(印)

薬 局	フリガナ					
	薬局名					
正 会 員	薬局住所	〒				
		(電話)	(FAX)			
正 会 員	会員区分	A：開設者兼管理薬剤師    B：勤務管理薬剤師 C：勤務薬剤師                    D：その他の薬剤師				
	フリガナ			印		
	氏名			薬剤師番号		
	生年月日	昭・平	年	月	日生	
賛 助 会 員	自宅住所	〒				
		(電話)	(FAX)			
賛 助 会 員	会員区分	E：開設者    F：薬業従事者    G：その他				
	個 人	フリガナ			印	
		氏名				
		生年月日	昭・平	年	月	日生
	法 人	自宅住所	〒			
			(電話)	(FAX)		
法 人	フリガナ			印		
	法人名 (代表者)					
入 会 金	住所	〒				
		(電話)	(FAX)			
入 会 金	受領日	平成	年	月	日	受領印
	受領金額	金			円也	

上記の通り入会を承認しました。

平成 年 月 日

一般社団法人 茨木市薬剤師会

会 長

印