

一般社団法人 茨木市薬剤師会
準 会 員 入 会 申 込 書

申 込 日 平成 年 月 日

下記の通り入会申込み致します。

申 込 者 印

準 会 員	薬剤師番号		
	フリガナ		印
	生年月日	昭・平 年 月 日生	
	自宅住所	〒 (電話) (FAX)	
勤 務 薬 局	フリガナ		
	薬局名		
	薬局住所	〒 (電話) (FAX)	

入 会 金	受領金額	金 20,000 円也	受領印
	受領日	平成 年 月 日	

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