

(一社)水俣芦北薬剤師会 入会申込書(個人会員用)

		申込日	年 月 日		
ふりがな				性別	男・女
氏名	Ⓜ				
生年月日	(明・大・昭・平) 年 月 日	出身大学	大学	(昭・平) 年卒	
連絡先	住所	〒 — E-mailアドレス -----			
	電話				
	携帯電話				
勤務先	(管理薬剤師または薬局長 ・ 勤務薬剤師)				
勤務先電話					
入会の有無	日本薬剤師会 (有 ・ 無)				
	熊本県薬剤師会 (有 ・ 無)				

【連絡先について】

可能な限りご記入下さいますようお願いいたします。

管理薬剤師の先生は災害時、緊急時の「連絡先」を必ずご記入ください。

情報共有のほか、災害時、緊急時の対策に使用し目的外の使用はいたしません。

入会されますと、会員資格は毎年度継続となります。

退会される場合は「退会届」をご提出ください。

上記内容に変更が生じましたら、「変更届」をご提出下さい。