

一般社団法人朝霞地区薬剤師会
入会申込書・変更届(個人会員)

※ 必ず全ての項目をご記入下さい。

申 込 日	平成 年 月 日	※ 変更の場合は、氏名、変更箇所のみご記入ください。	
所 属 支 部	()朝霞市 ()志木市 ()新座市 ()和光市 ※自宅、勤務地でお選びください		
ふりがな			薬剤師登録番号
氏 名			
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日	()男	()女
ふりがな			
自 宅 住 所	〒 都・道 府・県		
自 宅 TEL		自 宅 FAX	
携 帯 メール	@		
P C メール	@		
当会からの情報受信 ※ ご希望のものに○を付けてください。 ()自宅 FAX 希望 ()勤務先 FAX 希望 ()PC メール希望 ()携帯メール希望			
ふりがな			
勤 務 先 名 称			
勤 務 先 住 所	〒 都・道 府・県		
勤 務 先 TEL		勤 務 先 FAX	
郵 送 資 料 送 付 先	()自宅 ()勤務先	※ どちらかに○を付けてください。	
朝霞地区三師会への入会を ()希望する ()希望しない ※ ご入会いただく場合は、三師会年会費 5,000 円を加えてお振り込みください。			

振込書コピーを添付してFAXまたはメールで事務局まで送信してください。

振込先 武蔵野銀行(0133) 新座南支店(068)

口座種別:普通 口座番号:1050798

口座名義:一般社団法人朝霞地区薬剤師会

会長 畑中 典子

事務局FAX番号 **048-483-4126**

E-mail : asaka-ph@asakaph.or.jp

振込書コピー添付欄

入会金 5,000 円

年会費 5,000 円

合計 10,000 円

三師会もご入会の場合は、

合計 15,000 円

当会は、取得した会員の個人情報を、個人情報保護管理規定に従って厳正に管理し、適切に取り扱います。