

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	令和 年 月 日	※ 変更の場合は、氏名と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
出 身 大 学	大学		年卒
ふりがな			
自 宅 住 所	〒 都・道 府・県		
自 宅 TEL		自 宅 FAX	
Eメール	@		
当会からの情報受信 ( )E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、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 大八木 実

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 12,000 円  
合計 17,000 円

※10月以降の入会は、  
年会費が 6,000 円となります。  
三師会もご入会の場合は、  
合計 22,000 円

当会は、取得した会員の個人情報、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。