

一般社団法人朝霞地区薬剤師会 入会申込書・変更届(薬局会員)

※ 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、薬局名、変更箇所のみご記入ください。	
ふりがな		薬局開設番号	
薬 局 名			
ふりがな			
薬 局 住 所	〒		
薬 局 TEL		薬 局 FAX	
薬 局 E メール	@		
ふりがな		薬局開設日	
開設者名			
当会からの情報受信 ※ ご希望のものに○を付けてください。 () 薬局 E メール希望 () 管理薬剤師メール希望			
ふりがな		薬剤師登録番号	
管理薬剤師			
ふりがな			
管理薬剤師 自 宅 住 所	〒		
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日	() 男	() 女
出 身 大 学	大学 昭和・平成 年卒		
E メール	@		
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

振込書コピー添付欄	
入会金	10,000 円
年会費	39,000 円
合計	49,000 円
三師会もご入会の場合は、	
合計	54,000 円
※10 月以降の入会は、 年会費が 19,500 円となります。	

当会は、取得した会員の個人情報をも、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。