

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	平成 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	@		
当会からの情報受信 ※ ご希望のものに○を付けてください。 <input type="checkbox"/> 薬局 FAX 希望 <input type="checkbox"/> 薬局 Eメール希望 <input type="checkbox"/> 管理薬剤師メール希望			
ふりがな			薬局開設日
開設者名			
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	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
自 宅 TEL		自 宅 FAX	
携 帯 メール	@		
P C メール	@		
朝霞地区三師会への入会を <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 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

振込書コピー添付欄

入会金 10,000 円

年会費 25,000 円

合計 35,000 円

三師会もご入会の場合は、

合計 40,000 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。