

# 群馬県女性薬剤師会 入会 申込書

## 退会

\*入会・退会いずれかに印を付けてください。

申込日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

フリガナ					
氏名					
薬剤師名簿登録番号	第	号	(西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日登録)		
生年月日	大・昭・平	年	月	日	性別 男・女
フリガナ					
自宅住所					
TEL		携帯電話			
FAX		Eメール			
フリガナ					
勤務先名					
フリガナ					
勤務先名住所					
TEL		Eメール			

\* 入会の場合は年会費3000円を研修会参加時にご用意ください。  
 または下記にお振込みをお願いします。

**群馬銀行 豎町支店 店番号 101 口座番号 1171618 群馬県女性薬剤師会**

本申込書を事務局までメール添付かFAXにてお願いします。

FAX: 0279-54-4559 ( ㊚ : gunjyoyaku@outlook.com )  
 群馬県女性薬剤師会 事務局長 荒木 玲子