

「入会申込書」請求用紙

平成 年 月 日

群馬県薬剤師会への入会を希望いたしますので、下記あてに資料をお送りください。

〒	-
住 所	
勤務先	
氏 名	
T E L	()
備 考	送付希望先 : 勤務 ・ 自宅 (何れかに○を付してください)

※ 送付希望先を勤務先とした場合のみ、勤務先欄に勤務先名称も合わせて記載してください。

※ 入会を希望される時(A会員を除く)は、本用紙を県薬事務局へFAXまたはメールにて送付してください。

送付先FAX番号 : 027(223)5308

E-mail : jimu@gunyaku.or.jp