

「入会申込書」請求用紙
(B(勤務)会員専用)

令和 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	()
送付希望先	勤務 ・ 自宅 (何れかに○を付してください)
備 考	

※ B(勤務)会員として入会を希望される時は、本用紙を県薬事務局へFAXまたはメールにてご送付ください。

※ 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。

(注)A(開局)会員の入会については、下記へお問い合わせください。

送付先FAX番号 : 027(223)5308

問い合わせ先TLEL : 027(223)7736

E-mail : jimmu@gunyaku.or.jp