

「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。

送付希望先	※何れかに○を付してください 勤務先 ・ 自宅
送付先〒	-
送付先住所	
氏 名	
連絡先TEL	()
勤務先名称	
卒業年度	年 月卒業
薬剤師区分	※何れかに○を付してください 管理薬剤師 ・ その他薬剤師
備 考	

※ B(勤務)会員として入会を希望される場合は、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。

※ A会員の入会につきましては、店舗所在地の地域薬剤師会または下記へお問い合わせください。

[県薬事務局]

送付先FAX番号: 027(223)5308

問い合わせ先TEL: 027(223)7736

メールアドレス: jimu@gunyaku.or.jp