

賛助会員(Ⅲ・Ⅳ)入会申込書

令和 年 月 日

公益社団法人 鹿児島県薬剤師会長 殿

フリガナ

氏名

(法人にあたっては
法人名称及び代表者氏名)

印

TEL ()

FAX ()

貴会の目的及び事業に賛同し、入会したいので下記のとおり申込みます。

尚、入会の上は会員としての責務を果たすことを誓います。

住 所	〒 -		TEL ()
			FAX ()
生 年 月 日	昭・平 年 月 日 満 才 男・女		
勤 務 先 等 名 称 ※	TEL	()	
	FAX	()	
勤 務 先 等 所 在 地	〒 -		
区 分 (○をつけてください)	() 賛助会員Ⅲ (会員が経営する店舗において医薬品販売に従事する薬剤師以外の者) (医薬品製造販売業及び卸売販売業等に勤務する薬剤師以外の者)		
	() 賛助会員Ⅳ (その他希望する個人及び団体)		
※ 登録販売者の方は販売従事登録番号をご記入ください			
第 <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 号			
書 類 送 付 先	勤務先 ・ 自宅 ※いずれかを○で囲って下さい。		

※ 「勤務先等名称」欄は、薬局経営者は経営する薬局名を、「医薬品製造業及び卸売販売業等の関係者」は関係する事業所名をご記入ください。

※ 「勤務先等名称」欄は、賛助会員Ⅳ及び団体の場合は、団体名をご記入ください。

会費振込用紙貼り付け欄

※ 振込後に振込用紙の控え(複写可)を貼付してからお申込みください。

(振込先)

銀行振込 : 鹿児島銀行 鴨池支店 普通 No.1086746 公益社団法人 鹿児島県薬剤師会

※払込票でのお支払い(コンビニ・ゆうちょ銀行・郵便局)を希望する方は、専用の払込票をお送りいたしますので
県薬までご連絡ください(TEL:099-257-8288)

(年会費)

賛助会員Ⅲ 8,000円

賛助会員Ⅳ 12,000円