

特別会員入会申込書

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 ㊟

貴会に入会したいので下記のとおり申込みます。

現 住 所	〒 ー	TEL	()
		FAX	()
帰 省 先 住 所	〒 ー	TEL	()
		FAX	()
生 年 月 日	昭・平・令 年 月 日 満 才 男・女		
在 籍 大 学	大学 学部 年生(年 月 現在)		
(既卒者は出身大学)	卒業: 昭・平・令 年 月 日		
学 籍 番 号			
勤 務 先 等 名 称		TEL	()
		FAX	()
書 類 送 付 先	現住所 ・ 帰省先 ※いずれかを○で囲って下さい。		

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

(年会費)

特別会員 1,000円