

送 信 先 : 公益財団法人 日本薬剤師研修センター  
 FAX 番号 : 03-3568-0821

### 個人賛助会員新規入会申込書

フリガナ	
氏 名	薬剤師登録番号
自宅住所 〒	(薬剤師の方記入お願いいたします。)
TEL ( )	生年月日
FAX ( )	
勤務先名	1. 会費 <u>口数</u> 口 <u>会費</u> 円 (1口 10,000 円)
勤務先住所 〒	2. 送付先について(○印)
TEL ( )	自 宅 ・ 勤務先
FAX ( )	
連絡用 E-mail	

**\* ご入会の手続きについて\***

必要事項をご記入のうえ申込書を FAX または郵送にて当センターまでお送り下さい。  
 申込書到着後、当センターより年会費ご請求書、払込取扱票をお送り致します。  
 尚、入会日はお振り込みが確認できた日とさせていただきます。

公益財団法人 日本薬剤師研修センター  
 〒107-0052  
 東京都港区赤坂 1-9-13 三会堂ビル 5F  
 TEL:03-3568-8201 FAX:03-3568-0821

薬剤師研修センター記入欄				
No.		~		