

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

年 月 日

特別賛助会員新規入会申込書

年 会 費 : 1口 100,000 円

入会口数 : 口

貴社名			
代表者名			
役職名			
住所 〒			
フリガナ ご担当者名			
部署名			
役職名			
TEL		FAX	
E-mail			
研修センターホームページ掲載希望	希望する	・ 希望しない	ご希望の場合は掲載事項等の登録用紙を E-mail で送信いたします。
メールマガジン配信希望	希望する	・ 希望しない	

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.				