

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。)	
_____		生年月日	_____
TEL	()		
FAX	()		
勤務先名	_____	1. 会費	口数 口 会費 円
勤務先住所 〒	_____	(1口 10,000円)	
_____		2. 送付先について(○印)	
		自 宅 ・ 勤務先	
TEL	()		
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.		~		