

平成 年度
一般社団法人東京都女性薬剤師会 入会届

平成 年 月 日

一般社団法人東京都女性薬剤師会 会長殿

平成 年度 貴会へ入会の申し込みをいたします。

ふりがな	
氏名	
住所	〒
電話番号 (日中連絡先)	
会報発送先 (住所と異なる場合)	〒
メールアドレス	
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日生 (歳)
通信教育講座 申し込みの有無	有 (平成 年度) 無
勤務先	薬局・病院・その他 ()
振替払込請求書兼受領書 貼付欄	

FAX : 03-3621-0521

〒130-0012 東京都墨田区太平 3-1-1 坂部ビル 2F
東京都女性薬剤師会 事務局

事務局記入欄	受理日	会員番号 No.
--------	-----	----------