

_____年度
一般社団法人東京都女性薬剤師会 入会届

年 月 日

一般社団法人東京都女性薬剤師会 会長殿

_____年度 貴会へ入会の申し込みをいたします。

ふりがな		薬剤師登録番号
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 (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 : 03-5244-4077

〒101-0021 東京都千代田区外神田 2丁目 2-17 喜助お茶の水ビル3階
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.
--------	-----	----------