

入 会 申 込 書 (正会員B)

私は、次の条件を満たしており、入会を申し込みいたします。

- 入会条件 ①本会の区域内に住所または勤務場所を有すること。
②公益社団法人茨城県薬剤師会に加入していること。

- 1 氏名・生年月日 水戸 太郎 (印) (男・女)
昭和・平成 2 年 10 月 10 日
- 2 出身校・卒業年度 水戸 大学 平成 24 年度卒
- 3 住所 〒123 - 4567
水戸市水戸町 1-2-3
TEL 012 - 345 - 6789
FAX 012 - 345 - 6789
- 4 勤務先名称 水戸薬局内原店
TEL 012 - 345 - 6789
FAX 012 - 345 - 6789
- 5 勤務先住所 〒123 - 4567
水戸市水戸町 1-2-3
- 6 県薬会員番号 10203005