島根県薬剤師会

賛助会員入会申込書

平成　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名  （又は団体名） |  |
| 住　所  （又は所在地） | （〒　　　　　）  （TEL） |
| 連絡先  住所及び  氏名 | （〒　　　　　）  （TEL） |
| 会　費  （年間） | １０，０００円 |

上記記入事項に変更が生じた場合は、速やかに本会事務局までご連絡下さい。

（一社）島根県薬剤師会　事務局

電話：0852-25-0900　ＦＡＸ：0852-26-5358