

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)	1 0 , 0 0 0 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 F A X : 0852-26-5358