

(様式第1号)

入会申込書

年 月 日

社団法人 飯田下伊那薬剤師会 殿

社団法人飯田下伊那薬剤師会定款第3条に規定する貴会の目的に賛同して入会したいので、付表を添えて申し込みますから承認してください。

住 所 (又は所在地)

氏 名 (又は名称及び代表者名)

(付 表)

入会申込書付表

年 月 日

入会申込書に添えて、提出します。

氏 名

氏 名		会 員	正 (A・B)
ふ り が な		種 別	賛 助
本 籍		年 月 日	生
出身学校名及び卒業年月日		年 月 日	卒
薬剤師登録番号及び年月日	号	年 月 日	
開局又は、勤務先の所在地及び名称・電話番号		Tel	
備 考			

(備 考) 入会申込書及び付表に入会金を添えて提出してください。