

送 信 先 : 公益財団法人 日本薬剤師研修センター
 FAX 番号 : 03-6457-9040

個人賛助会員新規入会申込書

フリガナ	
氏 名	薬剤師登録番号
自宅住所 〒	(薬剤師の方記入お願いいたします。)
TEL ()	生年月日
FAX ()	
勤務先名	1. 会費 口数 口 会費 円 (1口 10,000 円)
勤務先住所 〒	2. 送付先について(○印)
TEL ()	自 宅 ・ 勤務先
FAX ()	
連絡用 E-mail	

*** ご入会の手続きについて***

必要事項をご記入のうえ申込書を FAX または郵送にて当センターまでお送り下さい。
 申込書到着後、当センターより年会費ご請求書、払込取扱票をお送り致します。
 尚、入会日はお振り込みが確認できた日とさせていただきます。

公益財団法人 日本薬剤師研修センター
 〒105-0003
 東京都港区西新橋 2-3-1 マークライト虎ノ門 6F
 E-Mail:sanjyo@jpec.or.jp FAX:03-6457-9040

薬剤師研修センター記入欄				
No.		~		