

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

年 月 日

特別賛助会員新規入会申込書

年 会 費 : 1口 100,000 円

入会口数 : 口

貴社名	
代表者名	
役職名	
住所 〒	
フリガナ ご担当者名	
部署名	
役職名	
TEL	FAX
E-mail	
研修センターホームページ掲載希望	希望する ・ 希望しない
メールマガジン配信希望	希望する ・ 希望しない

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.				