

神奈川県薬剤師連盟 入会申込書

ご記入日： 令和 年 月 日

ふりがな	会員区分		郵送先希望
氏名	開設者/(薬剤師・非薬剤師) 勤務薬剤師・その他		自宅 / 勤務先
生年月日	昭和・平成 年 月 日	性別	男・女
薬局名			
住所	〒		
電話番号		FAX	
<u>送付先がご自宅の場合は下記にご記入ください。</u>			
自宅住所	〒		
電話番号		FAX	

◆この入会申し込みの情報は下記の目的として使用いたします。

1. 連盟会費の請求
2. 会員名簿作成基礎データ
3. 各種連盟関係資料の送付

会費額 (年額)1/1~12/31分		納入方法 (1)銀行振込 (2)コンビニ振込 振込先 1.神奈川銀行 根岸支店 (普)№.4209143 2.横浜銀行 磯子支店 (普)№.0182557 3.ゆうちょ銀行 振替口座 00250-4-11366
開設者 (薬剤師・非薬剤師)	19,000円	
勤務薬剤師・その他一般会員	6,000円	

◇会費について

1. 会費は年会費です。
2. 年度途中で入会された方についても、同額の会費をお願いいたします。

◇会費の納入について

※下記のあてはまるものに○印をして下さい。

1. 郵便振替用紙にて振込みます。
2. コンビニ振込を希望します。(申込書受領後、振込用紙を送付いたします。)
3. 銀行より振込みます。

*ご不明な点がございましたら、事務局までお知らせ下さい。

神奈川県薬剤師連盟 : 担当 今村

*FAX にて入会受付いたします。

TEL : 045-754-1985

FAX : 045-754-1991