

富薬協入会申し込み書

一般社団法人
 富山県医薬品登録販売者協会
 〒939-0341 富山県射水市三ヶ3620
 TEL・FAX 0766-73-2870
 E-mail toumei@eagle.ocn.ne.jp

プライバシーは厳守いたします
 ※の印部分は必ず記入下さい

会員資格	<input type="checkbox"/> 正会員(A)	<input type="checkbox"/> 準会員(B)	平成	年	月	日	申込
フリガナ ※氏名							
※現住所	〒	—					
	TEL	—	—	FAX	—	—	
店名(勤務店)							
	TEL	—	—	FAX	—	—	
店舗所在地	〒	—					
※生年月日	昭和・平成	年	月	日生	男・女		才
資格取得年月日	昭和・平成	年	月	日	認定番号		号
開設者氏名 (勤務者記入)							
備考	(特記事項があれば記入下さい)						

令和 年 月 日

一般社団法人富山県医薬品登録販売者協会 会長 宛

※ 提出は FAX 又は郵送でお願いします。