

特別会員 入会 申込書

年 月 日

横浜市中区薬剤師会

会長 _____ 殿

横浜市中区薬剤師会の主旨に賛同し、入会申込み致します。

氏 名	
住 所	
緊急時の連絡先	
連絡先(事業所) 名 称	_____
所 在 地	_____
正会員氏名	_____
電話・FAX 番号	電 _____ FAX _____

添付書類

誓約書・薬剤師の場合は薬剤師免許証の写し・正会員による推薦状（推薦状をもって事前審査及び面接を省略）

受 理	年 月 日	担当者氏名	㊟
面 接	年 月 日	例 会	年 月 日
承 認	年 月 日	入 会 金	年 月 日

推薦状の有無 有 ・ 無