

# 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。

事業所名	
所在地	
開設者 住所又は法人所在地 氏名又は法人名 代表者の役職・氏名	
連絡先 名称  所在地 担当者氏名 (正会員) 電話・FAX 番号	<div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; border-bottom: 1px solid black;"> <span>電</span> <span>FAX</span> <span>役職名</span> </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div>
	E-mail

添付書類

誓約書・開設許可証の写し・開設者の履歴書・開設者の住民票又は登記簿謄本・管理薬剤師の薬剤師免許証の写し

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