



# 一般社団法人 日本女性薬局経営者の会

## 新規入会申込書



日本女性薬局経営者の会に入会いたします。

年 月 日

会員期間：1年間（4月1日～3月31日）

年会費：一万円（個人での入会になります）

基本情報

会員区分を○で囲ってください（正会員 特別会員）

企業名	(フリガナ)	
申込者 役職		
氏名	(フリガナ)	
住所	〒 -	都道府県
TEL	FAX	
メールアドレス		

会費振込先	金融機関：みずほ銀行 浅草支店 普通口座 1037448 口座名：一般社団法人 日本女性薬局経営者の会 （シャ）ニホンジョセイヤ ッキョクケイエイシャノカイ
問合せ・連絡先	Tel :042-631-5255 Fax :042-643-6355 一般社団法人 日本女性薬局経営者の会 事務局：〒192-0036 東京都八王子市明神町4-7-14 八王子ONビル3F 医薬情報研究所 株式会社エス・アイ・シー（内）

この会に期待することをご自由にご記入ください。

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



**一般社団法人 日本女性薬局経営者の会  
新規入会申込書**



日本女性薬局経営者の会に入会いたします。

年 月 日

会員期間： 1年間 (4月1日～3月31日)  
年会費：一万円(個人での入会になります)

基本情報

企業名	(フリガナ)	
申込者 役職		
氏名	(フリガナ)	
住所	〒 -	都道府県
TEL	FAX	
メールアドレス		

※一社において複数お申し込みの場合は人数と個人名をご記入ください。 \_\_\_\_\_ 名

申込者 役職	
氏名	フリガナ
申込者 役職	
氏名	フリガナ
申込者 役職	
氏名	フリガナ

会費振込先	金融機関：みずほ銀行 浅草支店 普通口座 1037448 口座名：一般社団法人 日本女性薬局経営者の会 (シャ) ニホンジョセイヤ ツキョクケイエイシャノカイ
問合せ・連絡先	Tel :042-631-5255 Fax :042-643-6355 一般社団法人 日本女性薬局経営者の会 事務局: 千192-0036 東京都八王子市明神町4-7-14 八王子ONビル3F 医薬情報研究所 株式会社エス・アイ・シー(内)

この会に期待することをご自由にご記入ください。