

# 入会申請書

全てご記入ください。記入もれがある場合は受理できませんのでご注意ください。

ふりがな			
氏名			
生年月日	S・H 年 月 日生	性別	男・女
自宅住所	〒		
電話番号	(自宅)		
	(携帯)		
メールアドレス			
薬剤師免許証 登録番号	※ 薬剤師免許証のコピー(A4サイズ)を添付してください。		
登録年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日		
卒業学校名 (薬学のみ)	(大学)		
	(卒業年月日) 大正・昭和・平成 年 月 日		
	(大学院)		
	(卒業年月日) 大正・昭和・平成 年 月 日		

沖縄県薬剤師会会長 殿

令和 年 月 日

貴会の趣旨に賛同し、入会申請を致します。

本人署名

印

受付日

(代理申請者氏名)

印

「入会会員情報登録票」と「薬剤師免許証のコピー」と一緒に返信用封筒にてご返送ください。FAXでの受付は行っていません。