

公益社団法人 大分県医薬品登録販売者協会入会申込書

公益社団法人 大分県医薬品登録販売者協会
会 長 岩 見 圭 祐 殿

わたしは、貴協会に入会いたしたく申し込みます。

申込年月日 令和 年 月 日

ふりがな			性 別
氏 名			男 ・ 女
生年月日	西暦 年 月 日 (T・S・H 年)		
試験合格年月日	年 月 日	会員種別	
販売従事登録証	登録年月日 年 月 日	登録番号	
所管保健所			
自宅住所	〒		
自宅TEL			
自宅FAX			
店 名			
店舗住所	〒		
店舗TEL			
店 舗 FAX			
郵送物の送り先にチェックをお願いします。			
() 自宅 () 勤務先			

返信用FAX 097-552-8497