神奈川県女性薬剤師会入会申込書

●私は、神奈川県女性薬剤師会の趣旨に賛同し、入会を申込み致します。

※平成16年4月より実施

記入日	平成　　年　　月　　日
名　前	ふりがな 様
住　所	〒　　－
電　話	（　　）
ＦＡＸ	（　　）
メール	＠
薬剤師 免許番号	
卒業校名	
勤務先	□　病院薬剤師　　□　その他 □　開業薬剤師　　［　　］
名　称	ふりがな
住　所	〒　　－
電　話	（　　）
ＦＡＸ	（　　）

疫学に協力	□する　・　□しない
薬剤師賠償責任保険に加入	□する　・　□しない

■**送信先**：渡辺陸子【二子薬局溝口店2階内】

ＦＡＸ	044-820-1192
メール	nabemutu@jyoyaku.net
電　話	044-820-1193
住　所	〒213-0001　川崎市高津区溝口1-11-26加藤ビル2階