平成　　年　　月　　日

入　会　申　込　書

一般社団法人福島県医薬品登録販売者協会

会　長　渡 邉　喜 四 郎 殿

〒＿＿＿＿＿＿＿＿

住　所（住居所在地）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名　　印

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日　　年　　月　　日

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

この度貴協会の趣旨に賛同し、下記の通り貴協会へ入会を申し込みます。

記

＊　会員の種別　　正会員（登録販売者店舗管理者）　　準会員（店舗管理者以外の登録販売者）

＊ 販売従事登録番号

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＊　店舗所在地

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＊　店舗の名称

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

Fax＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＊　開設者氏名（法人の場合）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

以上