

福島県医薬品登録販売者協会
代 表 渡邊 喜四郎殿

入 会 申 込 書

貴協会の趣旨に賛同し、入会を希望します。

(西暦) 年 月 日

ふりがな		取得年月日	年 月 日
氏 名	印	従事登録番号	
生年月日	(西暦) 年 月 日生	性 別	男 女
ふりがな			
住 所 (ご自宅)	〒 —		
電話番号	— —	FAX番号	— —
ふりがな		許可年月日	年 月 日
店舗名称		(店舗経営者のみ記入) 許可証番号	
ふりがな			
所 在 地	〒 —		
電話番号	— —	FAX番号	— —

※個人情報につきましては、当協会が厳重に管理いたします。

申込み宛 (事務局)
郵送は〒963-8852 郡山市台新2-21-11
FAXは024-933-2601 までお願いいたします。