

一般社団法人 地域医療薬学研究会 入 会 申 込 書

年 月 日

一般社団法人 地域医療薬学研究会 殿

私は、地域医療薬学研究会への入会を希望しますので、この入会申込書を提出します。

ふりがな	
氏 名	①
連絡先住所	〒 -
電話番号	- -
F A X 番号	- -
E-mail アドレス <small>(大文字と小文字、アルファベットのoと数字の0、ハイフン(-)とアンダーバー(_)の違いなどがわかるようにご記入下さい。)</small>	@
職 業	・開局薬剤師 ・病院薬剤師 ・薬剤師 (卸・製薬メーカー・教職員・) ・医師 ・歯科医師 ・看護師 (病院診療所・訪問) ・栄養士 ・ケアマネージャー ・理学療法士・作業療法士 ・その他 () ・学生 (薬学・看護・)
所属 (勤務先等)	
希望する会員種	・一般会員 ・学生会員 ・賛助会員
その他特記事項	

上記事項ご記入の上、下記宛まで FAX していただくようお願い申し上げます。

一般社団法人 地域医療薬学研究会 事務局

FAX 番号 0 3 - 5 4 4 4 - 5 5 8 0