

令和 年 月 日

入会申込書 (B 会員用)

(社) 上尾伊奈地域薬剤師会長 様

私は、一般社団法人上尾伊奈地域薬剤師会定款第3条に定めた目的に賛同し、貴会に入会いたしたく入会金 5,000 円及び年会費 5,000 円、合計 10,000 円を添えて下記の通り申し込みます。

(目的) 本会は、上尾市及び北足立郡伊奈町の薬局及び薬剤師が、積極的に地域住民の健康、医療及び公衆衛生の向上に貢献するために必要な、情報の収集、提供、地域、他職種との連携の窓口、職能向上のための研修などを担い、もって社会福祉の増進に寄与することを目的とする。

ふりがな：

氏 名：

㊞

店舗 (勤務先) 名 称：

店舗 (勤務先) 所在地：(〒 -)

連絡可能なメールアドレス：

会員区分：☐正会員 (☐管理薬剤師・A 会員 ☐その他の薬剤師・B 会員)
☐賛助会員 (非薬剤師)

入会金及び年会費は下記口座に振り込んでください。なお、振込手数料はご負担ください。

埼玉県信用金庫 伊奈支店・普通口座 No 1144826

社)上尾伊奈地域薬剤師会

(上尾伊奈地域薬剤師会使用欄)

受付年月日 令和 年 月 日

入金年月日 令和 年 月 日