

令和 年 月 日

入会申込書（賛助会員用）

（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）

（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