**大分県病院薬剤師会賛助会員　入会申込書**

年　　月　　日

大分県病院薬剤師会会長　宛

大分県病院薬剤師会の趣意に賛同し、同会の令和　年度賛助会員への入会を申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 企業・団体名 |  |
| 責任者（大分県担当） | （役職）（氏名） |
| 連絡先 | 住所 | 〒　　　　－ |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 担当者名 | （※上記責任者と同じ方でも結構です） |

* 企業・団体名は、当会のWebサイト、会員名簿に掲載することがあります。
* 上記情報は、大分県病院薬剤師会会員に一覧表等で配布することがあります。

会費　　　　　　　年　　　　月　　　　日　　　入金済

会費領収書　　　要　　･ 不要

* 領収書「要」の場合は、ご記入頂いた連絡先へ郵送致します。

\*必要事項をご記入の上、下記にメールにてお送りください。

送付先：　office01@oita-shp.jp　（大分県病院薬剤師会事務局）

 〒876-0047　大分県佐伯市鶴岡西町２丁目266番地

 西田病院薬剤部内　TEL&FAX　(0972)22-0578