

# 日本女性薬剤師会入会申込書

平成 年 月 日

私は、日本女性薬剤師会の趣旨に賛同し、入会を申し込みいたします。

氏 名	
住 所	
電 話 番 号	
FAX 番 号	
e メールアドレス	
薬剤師免許番号	
卒 業 校 名	
勤 務 先 (該当する項目を囲んでください。)	( ) 病院薬剤師 開局薬剤師 その他 ( )

送信先 FAX 番号 : 03-3987-5647

---

---

**日本女性薬剤師会**

〒171-0014 東京都豊島区池袋4-36-1 電話:03-3987-5078 FAX:03-3987-5647

---

---