

賛助会員届出用紙

届出日 西暦 年 月 日

一般社団法人埼玉県病院薬剤師会会長殿

貴会の目的に賛同し、下記の通り届出を致します。

届出者氏名

届出事項	届出事項 (○で囲んでください) ・入会 ・退会 ・変更 ⇒ ・改名 ・住所
法人名	(略名)
本社概要	所在地 〒
	TEL
埼玉県内担当事業所	名 称
	代表者 職 名
	氏 名
	〒
	所在地
	TEL
	FAX
ホームページ	
E-Mail	

※記入上の注意

- ・ 変更があった場合は速やかに届け出て下さい。

※その他

- ・ 入会は理事会の承認のうえ決定します。
- ・ 届出内容は会員名簿、会誌に掲載します。
- ・ 会費が期限内に納入されない場合は処分対象となります。
- ・ 一旦納入された会費は返還されません。

※一般社団法人埼玉県病院薬剤師会 事務局

TEL 048-829-7698 FAX 048-829-7952 E-Mail jimukyoku@saibyoyaku.or.jp