令和　　　　　年 月 日

**北上薬剤師会入会申し込み書**

北上薬剤師会会長殿

貴薬剤師会の会則に基づき 正会員として 年会費 ( \4,000円) を添えて入会を申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
|  フ リ ガ ナ | 　 |
| 氏 名 | 　 |
| 勤 務 先 | 勤務先名 |
| 　 | 所在地 〒 |
| 　 | 電話番号 |
| 　 | Fax番号 |
| E-mailアドレス　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＠ |
| 県薬への申込み | 済　　・　　検討中 | その他： 県薬剤師会所属 |
|  所属している支部　　： 支部 |

※北上薬剤師会会則より

北上支部に居住または従事する県薬剤師会会員は北上薬剤師会会員として登録します。

年会費 会員： 4,000円

|  |
| --- |
| ※　直接会計へ納入する場合：かえで薬局　小原（TEL：0197-65-3361） |
| ※　銀行振込の場合 | （振込先） | 岩手銀行 |  |  |  |
|  |  | （支店） |  | 北上支店 |  |  |  |
|  |  | （口座番号） | [普通]0445378 |  |  |
|  |  | （口座名） | 北上薬剤師会　会計　小原　隆子 |  |