

# 入 会 申 込 書

全国薬剤師・在宅療養支援連絡会 入会申込書記入用紙

フリガナ			男 ・ 女	
氏 名			生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日
職 種	薬剤師 ・ 学生 (大学名 / 学年 ) その他 ( ) 法人 ( )			出身大学
勤務先 (所属)	フリガナ			
	名称			
	所属部署			
連絡先 郵便物送付先 住所	〒 ー 都 道 府 県			
	電話		Fax	
上記連絡先の種類	勤務先 自宅 その他 ( )			
携帯番号	*携帯番号は必須ではありません。			
E-mail				
メールリングリスト	参加する 参加しない ※参加しなくても連絡用に使用しますので E-mail の記載をお願いします。			

\* メールアドレスにつきまして、楷書での記載をお願い申し上げます。

**FAX送信番号 03-5820-1898**

※入会申請でご記入いただいた個人情報は、J-HOP 会員情報管理、J-HOP 地区ブロック会員管理並びに、J-HOP の事業活動・情報案内に使用致します。