

# 入会申込書

年 月 日

愛媛県女性薬剤師会会長 殿

氏名		
勤務先	名称	
	所在地	〒
	電話番号	
	FAX 番号	
自宅	住所	〒
	電話番号	
	FAX 番号	
出身校	名称	
	卒業年	

《入会申込書送付先》

郵送または FAX 送信をお願いします。

〒790-0003 松山市三番町 7 丁目 6-9 愛媛県薬剤師会館内 愛媛県女性薬剤師会  
FAX 089-921-5353

\*同時に、下記まで会費の振り込みをお願いします。

《愛媛県女性薬剤師会年会費 3,000 円振込先》

①愛媛県女性薬剤師会「ゆうちょ銀行」

記号：16120 口座番号：9596701 口座名：石藏福代

②他金融機関からの振込の場合の口座番号は下記の通りです。

金融機関名：ゆうちょ銀行 店名：六一八（ロクイチハチ） 店番：618

種目：普通預金 口座番号：0959670（上記の番号と異なります）

口座名：石藏福代

《問い合わせ先》

愛媛県女性薬剤師会 (TEL 089-941-4165 愛媛県薬剤師会内)