

一般社団法人 大阪府医薬品登録販売者協会

会長 永井周作 殿

## 入会申込書

貴協会の趣旨に賛同し、入会を希望いたします。

年 月 日

フリガナ		取得年月日	年 月 日
氏 名	印	従事登録番号	
生年月日	年 月 日生	性 別	男 女
フリガナ			
住 所 (ご 自 宅)	〒 —		
電 話 番 号	— —	FAX 番号	— —
フリガナ		許可年月日	年 月 日
店舗の名称		(店舗経営者の方のみ記入) 許可証番号	
フリガナ			
所 在 地	〒 —		
電 話 番 号	— —	FAX 番号	— —

連絡先・発送先をどちらかに○を付けてください。

自 宅 ・ 店 舗