

一般社団法人 大阪府医薬品登録販売者協会  
賛助会員・法人会員 入会申込書

申込日 年 月 日

法人名			
代表者名	印		
設立年月日	S · H · R	年	月 日
住 所	〒		
電話番号・FAX番号	電話番号		FAX番号
メールアドレス			
従事する登録販売者名	販売従事登録番号		
従事する店舗名			
従事先店舗住所	TEL	FAX	
メールアドレス			
従事する登録販売者名	販売従事登録番号		
従事する店舗名			
従事先店舗住所	TEL	FAX	
メールアドレス			
従事する登録販売者名	販売従事登録番号		
従事する店舗名			
従事先店舗住所	TEL	FAX	
メールアドレス			
従事する登録販売者名	販売従事登録番号		
従事する店舗名			
従事先店舗住所	TEL	FAX	
メールアドレス			

入会金	50,000円
法人年会費	12,000×法人
登録する登録販売者年会費	1名～5名 6,000円×人数 6名～11名 5,000円×人数 12名～4,000円×人数

※法人会員が雇用する登録販売者は、届出により当協会の会員として登録出来ます。  
その際の入会金は免除されます。年会費は発生いたします。

大阪府医薬品登録販売者協会 電話06-6771-2628 FAX06-6771-2637