





日本女性薬局経営者の会に入会いたします。

年 月 日

会員期間：1年間（4月1日～3月31日）  
年会費：一万円（個人での入会になります）

基本情報

|         |        |      |
|---------|--------|------|
| 企業名     | (フリガナ) |      |
| 申込者 役職  |        |      |
| 氏名      | (フリガナ) |      |
| 住所      | 〒      | 都道府県 |
| TEL     |        | FAX  |
| メールアドレス |        |      |

※一社において複数お申し込みの場合は人数と個人名をご記入ください。 \_\_\_\_\_ 名

|        |      |
|--------|------|
| 申込者 役職 |      |
| 氏名     | フリガナ |
| 申込者 役職 |      |
| 氏名     | フリガナ |
| 申込者 役職 |      |
| 氏名     | フリガナ |

|         |  |
|---------|--|
| 会費振込先   | 金融機関：みずほ銀行 浅草支店 普通口座 1037448<br>口座名：一般社団法人 日本女性薬局経営者の会<br>（シャ）ニホンジョセイヤ ツキョクケイエイシャノカイ |
| 問合せ・連絡先 | Mail: info@jlipa.jp Fax: 029-229-0330 担当：根本<br>一般社団法人日本女性薬局経営者の会                     |

この会に期待することをご自由にご記入ください。

---



---



---