

日中医薬研究会・関西支部 殿

入 会 申 込 書

私 _____ は、日中医薬研究会関西支部に入会を申し込みます。

入会後は、関西支部規約を遵守し、支部事業および活動に積極的に参加します。また、規の精神に則り、人類の福祉に貢献することを誓います。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名： _____ (印)

生年月日： 昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 才) (男・女)

住所： 〒 _____ 都・道・府・県
_____ 郡・市 _____ 町・村 _____ 番

電話： _____

FAX： _____

メールアドレス： _____

携帯電話： _____

携帯メールアドレス： _____

勤務先名： _____ 業種 _____

住所 〒 _____ 都・道・府・県
_____ 郡・市 _____ 町・村 _____ 番

電話： _____

FAX： _____

メールアドレス： _____

***履歴書1通を添えて申し込み下さい。**

送付先： 〒518-0724 三重県名張市榊町 1404-1 田中余以徳齋薬局内
日中医薬研究会関西支部 事務局 宛 Tel.0595-63-0238