

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