様式１

**入　会　届**　　　年　　月　　日

愛媛県女性薬剤師会会長　殿

　貴会への入会を希望するので、入会届を提出します。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名 |  |
| 勤務先 | 名　称 |  |
| 所在地 | 〒 |
| T E L |  |
| 携帯TEL |  |
| 自　宅 | 住　　所 | 〒 |
| T E L |  |
| 携帯TEL |  |
| 出身校 | 名　称 |  |
| 卒業年 |  |

・ご提供いただいた情報は会員管理の目的以外には使用いたしません。

**≪入会届送付先≫**

　郵送またはFAX送信、またはメール送信でお願いします。

〒790-0003 松山市三番町7丁目6－9　 (一社)愛媛県薬剤師会内　愛媛県女性薬剤師会

FAX 089－921－5353

E-mail himeyaku2021@gmail.com

　　　　＊同時に、下記まで会費の振り込みをお願いします。

**≪愛媛県女性薬剤師会年会費3,000円振込先≫**

①愛媛県女性薬剤師会「ゆうちょ銀行」口座

　　　記号：16120　　口座番号：9596701　　口座名：石藏福代

②愛媛県女性薬剤師会「伊予銀行」口座

　　支店名：新立支店　　口座番号：1601696 口座名：女性薬剤師会会計石藏福代

**≪問い合わせ先≫**

　愛媛県女性薬剤師会　（TEL 089-941-4165 愛媛県薬剤師会内）

　後程担当からご連絡・ご説明させていただきます。