

洞薬会(北九州地区勤務薬剤師会)会長 殿

入会 ・ 退会 ・ 変更届

年 月 日届出

氏名			
住所	〒		
出身校		卒業年度	昭和 ・ 平成 年度
メールアドレス	@		
施設名			
施設所在地	〒	電話番号	
【備考】			

必要事項をご記入のうえ、郵便またはFAXにて下記までお送りください。
尚、変更届の場合は変更事項(異動・改姓)を【備考】に明記してください。

送付先: 洞薬会事務局

〒806 - 8501

北九州市八幡西区岸の浦1丁目8番1号

九州厚生年金病院 薬剤部内

TEL (093)641 - 5111

FAX (093)641 - 5139