

共済部新規加入部員登録申込書

正

日本薬剤師会共済部殿

年 月 日

都道府県	部員No.
会員番号	

フリガナ			
氏名		印	
生年月日 (西暦) 及び性別	年 月 日	男・女	
住所	〒	開局 勤務	
対象物件 所在地	〒		
対象物件 いずれか1つ	1. 住宅兼店舗 2. 住宅 3. 店舗 4. 倉庫 (併設の場合のみ)		

新規加入部員部費

2,400円

登録期間 自 年 月 日
至 年 3月31日

日本薬剤師会共済部規程を承認の上本年度部費を添えて部員登録の申込を致します。

共済部新規加入部員登録申込書

副

日本薬剤師会共済部殿

年 月 日

都道府県	部員No.
会員番号	

フリガナ			
氏名		印	
生年月日 (西暦) 及び性別	年 月 日	男・女	
住所	〒	開局 勤務	
対象物件 所在地	〒		
対象物件 いずれか1つ	1. 住宅兼店舗 2. 住宅 3. 店舗 4. 倉庫 (併設の場合のみ)		

新規加入部員部費

2,400円

登録期間 自 年 月 日
至 年 3月31日

日本薬剤師会共済部規程を承認の上本年度部費を添えて部員登録の申込を致します。

(注) 正は日本薬剤師会、副は各都道府県薬剤師会で保存。