（第１号様式）

**入会申込書（正会員・賛助会員）**

　　　貴会の会員（正会員・賛助会員）として入会したいので、申し込みます。

　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　一般社団法人高松市薬剤師会

　　　　会 長 　元　木　　泰　史　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　薬局名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者の氏名　　　　　　　　　　　　㊞

管理薬剤師の氏名　　　　　　　　　　㊞

電話番号

FAX番号

（備考）該当する区分を○で囲ってください。