

入会申込書

日中医薬研究会関東支部 殿

令和 年 月 日

私儀、この度 日中医薬研究会 規の精神及び規約に従い、方技の研鑽に精進致したく、下記により貴会に入会の申し込みを致します。

フリガナ		生年月日		
氏 名	Ⓜ	昭和・平成 年 月 日		
住 所	〒			
連 絡 先	電話	FAX		
	Mail アドレス			
勤務先名		自営・勤務・その他 ()		
勤務先住所	〒			
勤務連絡先	電話	FAX		
資 格	薬剤師 登録販売者 医師 歯科医師 鍼灸師 その他 ()			
履 歴				
漢方経験				
※事務局使用欄	書類送付	会報送付	個人情報	紹介

