

送信先 F A X . 06-6441-2055

住 所 〒550-0001 大阪市西区土佐堀 1 丁目 4-8 日栄ビル 703A  
あゆみコーポレーション内 日本緩和医療薬学会事務局

## 日本緩和医療薬学会 入会申込書

会員種別	賛助会員	入会年度	年 度	申込日(西暦)	年 月 日
------	------	------	--------	---------	-------

法人名(カナ)					
法人名(漢字)					
事業所名(カナ)					
事業所名					
担当者氏名	(職務・役職)				
代表者氏名	(職務・役職)				
所在地	〒		－		
	TEL:	( 内線:      ・ 直通 )			FAX:
	E-mail:				
申込 口数	口 (100,000 円/1 口)				
備考					

(以下は事務局記入欄です。無記入でお願いいたします)

申込書受理日:

初年度会費入金日:

入金額:

会員番号	7 0 9	－			－		
------	-------	---	--	--	---	--	--