

日本保険薬局政治連盟入会申込書

会社名	
代表者名	
住所	
代表者 TEL	
代表者 FAX	
ご担当者	
所属先・役職	
ご担当者 Email	
政治連盟に加入する 薬局数	薬局

※こちらの申込用紙を、郵送またはFAXにて申込みいただきますようお願いいたします。
※会費は1店舗当たり、月1000円となります。

■連絡先 日本保険薬局政治連盟
事務局長 村井 伸
〒103-0027
東京都中央区日本橋3-12-2
朝日ビルディング4階

TEL : 03-3243-3062

FAX : 03-3243-1076