新規入会届（賛助会員A）

**送信先：　　　　E-mail　hokubyo@** **sapmed.ac.jp　または**

**FAX　　　011-616-5331**

**（北海道病院薬剤師会　事務局）**

下記網掛け部分は必須項目です。

１．貴社名

連絡先　FAX：　　　　　　　　E-mail：

２．平成30年度　賛助会員Aに　　なる　・　ならない

（どちらかに丸をつけてください　→　なる場合３に進んでください）

※会員区分：**賛助会員A**（年会費20,000円　名簿5冊、会誌1冊）

３．名簿の追加購入（　　）冊　（1冊2,000円）

４．名簿掲載を希望　　する　・　　しない

（どちらかに丸をつけてください　→　する場合５に進んでください）

５．会員情報（名簿記載内容）欄が不足する場合は任意に追加してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 社名 |  | | | |
| 支店・営業所名 | | 郵便番号 | 住所 | 電話番号 |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |

６．会費送金日　　　　　月　　　　　日　　（　　　）

**※申込締め切り：10月5日（金）**