

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 | |
| ご担当者連絡先 *上記代表者と住所と同じ 場合は同上と記入 | 〒 |
| ご担当者E-mail | |
| 加入店舗数及び店舗名 | |

■連絡先 日本保険薬局政治連盟
事務局長 三成 亮
TEL：03-3243-3062
FAX：03-3243-1076