一般社団法人長崎県薬剤師会ホームページへの薬局情報掲載申込書

令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 薬　局　名 |  |
| 会員・非会員の区分※１  （いずれかを〇で囲んでください。） | 会員　　　・　　　非会員 |
| 住　　　所 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| メールアドレス※２ |  |
| 担当者氏名 |  |

※１非会員の場合、「お知らせ」に記載のとおり手数料を負担していただきます。

※２この申込書を提出していただいた後、上記メールアドレスへ薬局情報入力用のエクセルシートを送信しますので、必要事項を記入のうえ、長崎県薬剤師会へご返信ください。

　　　　　　　　　　　　連絡先　一般社団法人長崎県薬剤師会

　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL：095-847-2600　 FAX：095-848-6160

　　　　　　　　　　　　　　　　　Email [jimukyoku@npa.or.jp](mailto:jimukyoku@npa.or.jp)