

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○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