

別紙申込様式

岩手県薬剤師会ホームページへの薬局情報掲載申込書

申込日：令和 年 月 日

一般社団法人岩手県薬剤師会

会 長 畑 澤 博 巳 宛

薬局の名称	
電話番号	
FAX 番号	
メールアドレス	
所在地	〒
開設者 氏 名	(法人の場合、法人の名称および代表者の氏名)
担当者 氏 名	

「岩手県薬剤師会ホームページへの薬局情報掲載に関する要項」を確認し内容に同意しましたので、岩手県薬剤師会ホームページへの薬局情報掲載を申し込みます。