

第6回長崎県薬剤師学術大会 会員寄付金申込書

FAX 095-848-6160

申込日： 年 月 日

第6回長崎県薬剤師学術大会の趣意に賛同し、下記金額を寄付金として申し込みます。

口数： 口（金円）※1口5,000円

振込日： 年 月 日 頃予定

氏名（フリガナ）
（薬局・団体名）：

（薬局・団体の場合）ご担当者名：

住所：〒

連絡先電話番号：

FAX番号：

メールアドレス：

※大会要旨集への氏名（薬局・団体名）の掲載について

希望する / 希望しない

※□がない場合は氏名（薬局・団体名）を掲載させていただきます。

【寄付金振込先】

銀行名：十八親和銀行 支店名：長崎営業部
種別：普通預金 口座番号：0944505
口座名：一般社団法人 長崎県薬剤師会
会長 井手 陽一

【お問合せおよび申込書送付先】

一般社団法人 長崎県薬剤師会 事務局
〒852-8104 長崎県長崎市茂里町3-18
TEL 095-847-2600
FAX 095-848-6160
Mail jimukyoku@npa.or.jp