**埼玉県薬剤師会会員　名刺申込書**

注文日：令和　　年　　月　　日

**◎申し込み内容**

|  |  |
| --- | --- |
| 申込者氏名（会員） |  |
| 埼玉県薬剤師会会員番号 |  |
| 希望パターン（○をつけてください） | パターン１　・　パターン２　・　パターン３ |
| 希望色（○をつけてください） | 青　・　オレンジ　・　黄緑　・　ピンク |
| 注文枚数（100枚単位） | 　　　　　　　　枚 |
| 発送先 | 〒連絡先電話番号　　　　　　　　　 |

**◎名刺記載事項（正確にご記入ください）**

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| アルファベット |  |
| 薬局名 |  |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| Ｅ－Ｍａｉｌ |  |
| 薬剤師コバトン（○をつけてください） | 男の子　　・　女の子 |
| 役職（最大3つまで） | ①②③ |
| **連絡事項** | **空欄の箇所は「記載なし」となりますのでご注意ください。** |

申込先：埼玉県薬剤師会　事務局（FAX０４８－８２７－００６３）