

# 日本薬学教育学会 機関会員 入会申込書

申込年月日： 20 年 月 日

会員種別	機関会員	入会年度	年度
------	------	------	----

## ■窓口担当者■

	姓(Family name)	名(Given name & Middle name)
フリガナ		
氏 名		⑩

## ■機関情報■

機 関 名 (名称及び部 署・部課)					
所 在 地	〒			—	
	TEL :	(内線 )	FAX :		
	e-mail :				

入会申込書送付先：

日本薬学教育学会事務局

〒112-0012 東京都文京区大塚 5-3-13 小石川アーバン 4F

一般社団法人 学会支援機構内

Fax: 03-5981-6012