

入会希望問い合わせ書

一般社団法人日本薬局協励会にご興味をお持ちいただき、ありがとうございます。
 つきましては、下記に必要事項をご記入の上、一般社団法人日本薬局協励会までご送信下さい。
 担当者より改めてご連絡をさせていただきます。

フリガナ		性別	男・女	年齢	歳
氏名					
フリガナ		※店舗を複数経営されている場合は本店の店舗名、所在地等をご記入下さい。			
店舗名					
店舗所在地	〒				
法人名		役職名			
電話		F A X			
メールアドレス	@				
店舗数	薬局____店舗、店舗販売業____店舗、薬種商____店舗				
資料の送付先が上記住所と異なる場合のみご記入ください					
資料送付先	〒				
	店舗名		電話		

(質問1) 弊会をどうやってお知りになりましたか？

①ホームページを見て ②友人・知人からのご紹介 ③その他 ()

(質問2) 弊会の会員の中にお知り合いの方はいらっしゃいますか？

(質問3) あなたの経営するお店の経営方針、主力商品などをご記入下さい。

(1) 経営方針 ()

(2) 主力商品 ()

(3) 力を入れているもの (※複数回答可。○印をご記入ください)

①直販メーカー品 ②ナショナルブランド ③プライベートブランド ④薬局製剤 ⑤調剤

⑥漢方 ⑦健康食品 ⑧化粧品 ⑨雑貨 ⑩食料品 ⑪その他 ()

<お問い合わせ先>

〒151-0053 東京都渋谷区代々木3-46-16 一般社団法人日本薬局協励会 事務局

TEL:03-3370-7171 FAX:03-3370-6690 E-Mail:kyorei@kyorei.or.jp