

# 入会希望問合書

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ください。  
 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、所在地等をご記入ください。			
店舗名					
店舗所在地	〒				
店舗電話		店舗 FAX			
メールアドレス	@				
店舗数	薬局_____店舗、店舗販売業_____店舗				
法人による経営の場合、下記をご記入ください					
法人名		役職名			
法人所在地	〒				
資料の送付先・連絡先電話が上記店舗と異なる場合のみ、下記をご記入ください					
資料送付先	〒				
	店舗・会社名		連絡先電話		

(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ください。

(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.info@kyorei.or.jp