

入会申込書（正会員）

西暦_____年___月___日

特定非営利活動法人ジェネリック医薬品協議会 行

送付先：〒146-0092 東京都大田区下丸子 2-14-20

(Fax) 03-5482-7740 (E-メール) ge-info@ge-da.com

会の目的に賛同し、特定非営利活動法人ジェネリック医薬品協議会への入会を申込みます。

入会年度	西暦_____年度	生年月日	西暦_____年___月___日
氏名	フリガナ		
	漢字		
連絡先	※所属先を連絡先とされる場合は記入不要です。		
	住所フリガナ		
	住所	〒	
	Tel		Fax
	Eメール		
	住所	〒	
所属先	フリガナ		
	名称		
	部署名		
	役職名		
	住所フリガナ		
	住所	〒	
	Tel		Fax
	Eメール		

入会金 5 千円と初年度会費 5 千円（合計 1 万円）の振込予定日は以下のとおりです。

西暦_____年___月___日