

# 山形市薬剤師会問合せ用 FAX 送付状

年 月 日 送信枚数 枚(表紙含む)

氏名 \_\_\_\_\_

所属 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_ 携帯 TEL \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

## 問合せ内容

当てはまる問合せ内容にチェックしてください

入会希望    退会希望    休日夜間診療所勤務希望    他職種    薬剤師    市民    その他

山形市薬剤師会 FAX 番号

**023-616-5102**