

## 会員登録フォーム

全ての項目をご記入下さい。

施設名											
施設名 フリガナ											
所在地	〒										
電話番号											
FAX 番号											
E-mail アドレス											
会社名											
会社名 フリガナ											
代表者氏名											
代表者氏名 フリガナ											
担当者氏名											
担当者氏名 フリガナ											
ログイン用パスワード 半角英数字 4~10 文字(記号不可)	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
店舗数	店舗										
決算月	月										

(WEB)

ご記入後は「薬局開設許可証」のコピーと共にご返信下さい。

リバイバルドラッグ FAX : 044-819-4286