

栃木県薬事工業会 入会届

当社は、貴会の趣旨に賛同し、(会員 ・ 準会員) として栃木県薬事工業会へ入会を希望します。

(※該当する方を○で囲んでください。)

〔本社〕

住 所：〒

電話番号：

F A X 番号：

メールアドレス：

会社名：

代表者名（役職及び氏名）

印

〔工場（事業所）〕

住 所：〒

電話番号：

F A X 番号：

メールアドレス：

フリガナ：

工場名（事業所名）：

代表者名（役職及び氏名）

- ・ 資本金 万円
- ・ 前年度生産額 万円
- ・ 従業員数 人（県内従業員数 人）
- ・ 主力製品名

〔許可業種〕

令和 年 月 日
栃木県薬事工業会 富永 英夫 様