

会員登録フォーム

薬局名（施設名）	
所在地	〒
電話番号	
FAX 番号	
フリガナ 会社名	
フリガナ 代表者の氏名	
店舗数	店舗
決算月	月
フリガナ 担当者氏名	
E-mail アドレス	
ログイン用パスワード	任意の半角英数字 4~10 文字でお願いします。（記号不可）

* 全ての項目にご記入下さい

* ご記入後「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