FAX送信先： **03-6630-8088**

Pharmarket 会員登録申込書

▼webサイト記載の利用規約および、個人情報の取り扱いについてをご確認の上、☑をお願いします。

☐ **「利用規約」および「個人情報の取り扱い」を確認、同意の上申し込みます。**

⚠ FAX送信の際は**『薬局開設許可証の写し』**も忘れずにお送りください。

▼お客様の基本情報についてご記入ください。

会社名（開設者名）	フリガナ	
店舗名		
住所	〒	
電話／FAX	電話	FAX
代表者名	フリガナ	
担当者名	フリガナ	
メールアドレス		

▼買取金額のお支払先情報についてご記入ください。（法人口座、または代表者様口座に限ります）

金融機関名	☐ 銀行 ☐ 信組 ☐ 信金 ☐ 農協	
支店名		
口座番号	☐ 普通預金 ☐ 当座預金	□□□□□□□
口座名義名(カナ)		

▼当社のサービスは何でお知りになりましたか？

☐ FAX ☐ 薬局・卸の紹介 ☐ 検索
☐ DM ☐ カケハシ営業 ☐ その他

紹介元の薬局・事業者がございましたらご記入ください

株式会社Pharmarket（ファルマーケット）
〒143-0006 東京都 大田区 平和島 6-1-1　TRCアネックス3F
電話：03-5348-5339　FAX：03-6630-8088
医薬品卸売販売業許可 第 5311220849 号