

## ใบสมัครสมาชิก

วันที่...../...../.....

ชื่อร้าน.....  
ชื่อผู้ดำเนินการ.....  
สถานที่ตั้ง.....  
.....  
โทรศัพท์..... โทรสาร.....  
E-Mail.....  
สถานที่จัดส่งเอกสารและสินค้า.....  
.....  
วันเวลาเปิดทำการ.....

- เป็นร้านยาคุณภาพ  
 ไม่เป็นร้านยาคุณภาพ

ลงชื่อ.....

(.....)ตัวบรรจง

กรุณาแนบ สำเนาใบอนุญาตขายยา ใบประกอบโรคศิลป์  
และสำเนาบัตรประชาชนผู้รับอนุญาตมาด้วย

**หมายเหตุ** เมื่อกรอกข้อมูลครบถ้วนกรุณาส่งมาที่ บริษัท ฟาร์มาซีเน็ทเวอร์ค จำกัด  
เลขที่ 1/20 ถนนสุทธิสารวินิจฉัย แขวงสามเสนนอก เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310  
พร้อมแนบสำเนาผู้รับอนุญาต 1 ฉบับ  
\*\*\* ขอความกรุณาاهدแทนที่ร้านยาของท่านด้านหลังด้วย

*We Provide  
Community Wellness Center*

ใบสมัครสมาชิก



