

入会申込書

薬剤師会名

| | | | | | | | |
|----------------|--------------|-----------|--------|--------|------|----------|-----|
| フリガナ | | | | 性別 | | 男・女 | |
| 氏名 | | | | | | | |
| 生年月日 | | 大昭和 平成 | 年 月 日 | 薬番 | 剤師号 | 第 | 号 |
| 出身校名 | | | | 卒年 | 業度 | 昭和 平成 | 年 月 |
| 勤務先 | 勤務先名 | | | | | | |
| | 所在地 | 〒 | | | | | |
| | 法人の名称 | | | | | | |
| | 開設者・法人代表者の氏名 | | | | | | |
| | TEL() | - | FAX() | - | | | |
| 自宅 | 住所 | 〒 | | | | | |
| | TEL() | - | FAX() | - | | | |
| 該当事項に○印 | | | | | | | |
| 分類 | 職種 | 保険薬局 | 非保険薬局 | 病診薬局 | 臨床検査 | 教育・研究 | |
| | | 行 | 政製薬・輸入 | 店舗販売業 | 卸売業 | 無職 | |
| | | その他 | | | | | |
| 区分 | 業務種別 | 開設者 | 法人代表者 | その他 | | | |
| | 区分 | 管理薬剤師 | 勤務薬剤師 | その他薬剤師 | | | |
| | 会員区分 | 正会員A | 正会員B | 賛助会員 | 名誉会員 | | |
| *正会員Bのみご記入下さい。 | | | | | | | |
| 雑誌等の送付先 | | 勤務先・自宅 | | | | | |
| 地域・職域薬剤師会長の意見 | | | | | | | |

上記のとおり、貴薬剤師会の定款及び規則に基づいて入会を申し込みます。

千葉県薬剤師会長様

平成 年 月 日

地域・職域薬剤師会長名

印