|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 営業所の  名　　称 | * フリガナ | | | | |
|  | | | | |
| 営業所の  連絡先 | * 〒 | | | | |
| * 電話 | | | メールアドレス | |
| * FAX | | | ホームページURL | |
| 開設者  氏　名 | * フリガナ | | | | |
| * 法人の場合は法人名及び代表者氏名 | | | | |
| 開設者の  連絡先 | * 〒 | | | * 電話 | |
| * FAX | |
| メールアドレス | |
| ※業　　　種  いずれかに○ | 1. 薬局（保険薬局　　有　・　無　）　②　医薬品店舗販売業　③　卸売販売業 | | | | |
| * 販売形態   いずれかに○ | 1. 調剤のみ　　　　②　OTCと調剤　　　　③　卸売販売業 | | | | |
| * 開　設   予定日 | 平成　　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | |
| * 定休日 | （曜日・時間等） | | | | |
| * 営業時間 | 曜日　　　　時　　　　分から　　　　　時　　　　分まで | | | | |
| 曜日　　　　時　　　　分から　　　　　時　　　　分まで | | | | |
| * 従業員数 | 薬剤師　　　　名　登録販売者　　　名　その他従業員（事務員等）　　　名 | | | | |
| 付近の  医療機関 | 処方せんを発行する医療機関が特定できるとき（　　　　　　　　　科） | | | | |
| 医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　処方せん枚数１日約　　　　枚 | | | | |
| その他登録  （予定）  いずれかに○ | 自立支援医療機関 | 在宅患者訪問薬局管理指導 | 高度管理医療機器 | | 麻薬小売業者免許 |
| 有　・　無 | 有　・　無 | 有　・　無 | | 有　・　無 |
| 注射針回収 | 広域病院処方箋受入 | 学生受入予定 | | 当会ホームページ掲載 |
| 可　・　否 | する　・　しない | 有　・　無 | | 可　・　否 |
| 毒物・劇物 | 薬局ホームページへのリンク | 備考 | | |
| 有　・　無 | はい　・　いいえ |

この情報は登録のみに使用し、他の目的には一切使用いたしません。

◎昼休みに閉局する場合は、営業時間の右側空欄に閉局の時間を書き込んでください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 管　理　薬　剤　師 | * フリガナ |  | | | * 性別 |
| * 氏名 | ㊞ | | | 男　・　女 |
| * 生年月日 | 昭和　・　平成　　　　　年　　　　　月　　　　日 | | | |
| * 出身大学 | 大学 | | 昭和・平成　　　年度卒業 | |
| * 薬剤師   登録番号 | 第　　　　　　　　　　　　　　　　　号 | | | |
| 自宅住所 |  | | | |
| * 調剤経験　　あり　・　なし | | 学校薬剤師　・　夜急診　・　休日診  （参加希望に○） | | |

この情報は登録のみに使用し、他の目的には一切使用いたしません。

千葉市薬剤師会の趣旨に賛同し入会を申込みます。

一般社団法人千葉市薬剤師会　御中

令和　　　年　　　月　　　日

開設者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

別記第1号様式

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　生  昭　和  平　成 | 年　　　　月　　　　日 | | 薬剤師  番号 | 第 　　　　　　号 | | |
| 出　身　校　名 | |  | | | 卒　　　　　業  年　　　　　度 | 昭　和  平　成 | | 年度 |
| 勤務先 | 勤　　務　　先　　名 | |  | | |  | |  |
| 所　　　　在　　　　地 | | 〒 | | |  | |  |
| TEL（　　　　　 　）　　　 　　　- | | | | FAX（ | ）　　　　　　　- | |  |
| 法　人　の　名　称 | |  | | |  | |  |
| 開　設　者 ・ 法　人  代　表　者　の　氏　名 | |  | | |  | |  |
| 自　宅 | 住　　　　　　　　　　所 | | 〒 | | |  | |  |
| TEL（　　 　　　　）　　　 　　　- | | | | FAX（ | ）　　　　　　　- | |  |
| 該　　当　　事　　項　　に　　○　　印 | | | | | |  |  |  |
| 分類区分 | 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 |  | |  |  |  |
| 業 務 種 別 | | 開 設 者 | 病診薬局長 | 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 | 正 会 員 Ｃ | 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

令 和　　 　　年　　 　月　　　 　日

　 地域・職域薬剤師会長名　 　　　　　　　　　 　　　　　　印

**入 会 申 込 書**

　　　　　入会いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 店舗の名称 |  |
| 店舗の所在地 | 〒  TEL |
| 開設者氏名 | 印 |
| 開設者住所 |  |
| 管理者氏名 |  |
| 業　態 | 薬　局 ・　一般卸業 ・　店舗販売業　・　その他 |

　　　入会に際し、本会規定を遵守することを誓います。

　　令和　　　年　　　月　　　日

千葉市薬業会　様

【第１号様式】

**入 会 申 込 書**

|  |  |
| --- | --- |
| 店舗の名称 |  |
| 店舗の所在地 | 〒  TEL |
| 開設者氏名 |  |
| 開設者住所 |  |
| 管理者氏名 |  |
| 業　態 | 薬　局 ・　一般卸業 ・　店舗販売業　・　その他 |

　　　令和　　　年　　　月　　　日

　　紹介正会員（地域薬業会長）　　　　　　　　　　　　　　印

一般社団法人千葉県薬業会会長　様

千葉県薬剤師連盟入退会届出書

入　 会 　・　 退 　会　 （どちらかに○）

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 |  |
| 勤務先名 |  |
| 勤務先住所 |  |
| 開設者氏名 |  |

　　　　　　 年　　　 月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　支　部　　支部長　　　　　　　　　　　　　　　　印

千葉県薬剤師連盟会長　様

**加 入 申 込 書**

　　　　　令和　　年　　月　　日

千 葉 県 医 薬 品 小 売 商 業 組 合

　　　　　　　 　　理 事 長　様

千葉県医薬品小売商業組合の出資商工組合の趣旨に賛同し、次の出資を

　　 引き受けます。

　　出資引受口数　　　　　１口

　　 金　３，０００円

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所の | 名　称 |  | | |
| 所在地 |  | | |
| ふりがな  　代表者氏名 | 印 | | | |
| 電　　話 |  | | FAX |  |
| 種別（該当に○） | 個人　　法人（　有限　合資　合名　株式　） | | | |
| 業種（該当に○） | 薬局　　一般販売　　薬種商　　その他 | | | |
| 常時使用している従業員の数 | 人 | | 法人の場合　 資本金総額 | 万円 |
| 本支店合計 |  | | | |

支部名

支部長氏名　　　　　　　　　　印