

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 号 番	第 号	
出 身 校 名			卒 年	業 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				
分 区	業 務 種 別	開 設 者	病 診 薬 局 長	法 人 代 表 者	そ の 他	
	分 管	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