

■ 入会申込書 ■

北 区 薬 剤 師 会 会長 印

	DB登録	会計台帳

【様式1】

公益法人東京都薬剤師会会長 殿
 東京都薬剤師連盟会長 殿
 公益社団法人東京都薬剤師会の定款並びに同施行細則の規定に基づいて入会を申し込みます。
 東京都薬剤師連盟の規約に基づいて入会を申し込みます。

記入日	年 月 日
-----	-------

※ 本申込書は、ご所属の地区薬剤師会にご提出ください。

フリガナ				性別				
氏名	印			□男 / □女	生年月日	□昭和 / □平成 年 月 日		
勤務先名				職 種	□ 保 険 薬 局 (医療機関番号:)			
法人名					□ 非 保 険 薬 局	□ 病 診 薬 局	□ 臨 床 検 査	
開設者名					□ 教 育 ・ 研 究	□ 行 政	□ 製 薬 輸 入	
勤務先住所	〒 _____				□ 卸 売 販 売 業	□ 店 舗 販 売 業	□ 無 職	
	Tel		FAX		□ 学 生	□ そ の 他 ()		
	ホームページ				業 務 種 別	□ 開 設 者	□ 病 診 薬 局 長	
メールアドレス	□非公開			薬 剤 師 区 分	□ 法 人 代 表 者	□ そ の 他		
自宅住所	〒 _____			会 員 種 別	□ 管 理 薬 剤 師	□ そ の 他		
	Tel		FAX	□ A 会 員	□ C 会 員	□ そ の 他		
携帯電話	番号		メール		学 校 薬 剤 師 区 分	□ 学 校 薬 剤 師		
薬剤師番号	第 _____ 号	保険薬剤師番号		通 信 欄				
出身大学 (大学院)		大学卒業 年 月						

※ 携帯電話の番号とメールアドレスは災害時の安否確認にのみ使用し、非公開とします。 必ずご記入下さい。

2018年版 一般社団法人 北区薬剤師会