

# ■ 薬剤師変更届 ■

北 区 薬 剤 師 会 会長 印

<b>■ 退会(変更)届 ■</b> <small>右の会員の退会(変更)を届出いたします。</small>	フリガナ	
	氏名	□A / □B
変更後	□A会員 / □B会員 / □C会員 / □退会(理由: □退職 / □転勤 / □死亡 [ 年 月 日 ] / □その他)	

	DB登録	会計台帳

【様式2】

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。

## 入会申込書

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
勤務先名	□昭和 / □平成 年 月 日		
法人名	雑誌発送先 □勤務先 □自宅		
開設者名	職 種		
勤務先住所	□保険薬局(医療機関番号: )		
	□非保険薬局 □病診薬局 □臨床検査		
	□教育・研究 □行政 □製薬輸入		
	□卸売販売業 □店舗販売業 □無職		
自宅住所	□学 生 □その他 ( )		
	業務種別		
	□開設者 □病診薬局長		
	□法人代表者 □その他		
携帯電話	薬剤師区分		
	□管理薬剤師 □その他		
薬剤師番号	会員種別		
	□A会員 □B会員		
出身大学 (大学院)	□C会員 □その他		
	通 信 欄		
第 号 保険薬剤師番号 年 月 日 □昭和 / □平成 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。

一般社団法人 北区薬剤師会