

■ 薬剤師変更届 ■

北 区 薬 剤 師 会 会 長 印

■ 退会(変更)届 ■	フリガナ	会 員
右の会員の退会(変更)を届出いたします。	氏 名	<input type="checkbox"/> A / <input type="checkbox"/> B
変更後	<input type="checkbox"/> A会員 / <input type="checkbox"/> B会員 / <input type="checkbox"/> C会員 / <input type="checkbox"/> 退会(理由: <input type="checkbox"/> 退職 / <input type="checkbox"/> 転勤 / <input type="checkbox"/> 死亡[年 月 日] / <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 男 / <input type="checkbox"/> 女	生 年 月 日	
勤務先名			<input type="checkbox"/> 昭和 / <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	
法人名			雑 誌 発 送 先	
開設者名			<input type="checkbox"/> 勤 務 先 <input type="checkbox"/> 自 宅	
勤務先住所	〒		職 種	
	Tel	FAX		<input type="checkbox"/> 保 険 薬 局 (医療機関番号:)
	ホームページ			<input type="checkbox"/> 非 保 険 薬 局 <input type="checkbox"/> 病 診 薬 局 <input type="checkbox"/> 臨 床 検 査
	メールアドレス	<input type="checkbox"/> 非公開		<input type="checkbox"/> 教 育 ・ 研 究 <input type="checkbox"/> 行 政 <input type="checkbox"/> 製 薬 輸 入
	<input type="checkbox"/> 災害メール変更なし(チェック無しは管理薬剤師のメールを災害時連絡用に使用します。)			<input type="checkbox"/> 卸 売 販 売 業 <input type="checkbox"/> 店 舗 販 売 業 <input type="checkbox"/> 無 職
自宅住所	〒		業 務 種 別	
	Tel	FAX		<input type="checkbox"/> 開 設 者 <input type="checkbox"/> 病 診 薬 局 長
	携帯電話	番号		メール
薬剤師番号	第 号	保険薬剤師番号	薬 剤 師 区 分	
出身大学 (大学院)		大 学 卒 業 年 月	<input type="checkbox"/> 管 理 薬 剤 師 <input type="checkbox"/> そ の 他	
		<input type="checkbox"/> 昭和 / <input type="checkbox"/> 平成 年 月	会 員 種 別	
			<input type="checkbox"/> A 会 員 <input type="checkbox"/> B 会 員	
			<input type="checkbox"/> C 会 員 <input type="checkbox"/> そ の 他	
			学 校 薬 剤 師 区 分	
			<input type="checkbox"/> 学 校 薬 剤 師	
			通 信 欄	

※ 携帯電話の番号とメールアドレスは災害時の連絡用(安否・状況)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