

資料	宛名	名簿	FAX	HP	在庫検索	都薬/都連

一般社団法人足立区薬剤師会会長 殿
足立区薬剤師連盟会長 殿

入会申込書

承認印	会長名	㊟
-----	-----	---

一般社団法人足立区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込みます。
足立区薬剤師連盟の規約の規定に基づいて入会を申込みます。

フリガナ				性別	記入日	年 月 日		
氏名	㊟			<input type="checkbox"/> 男/ <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正/ <input type="checkbox"/> 昭和/ <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日		
薬局名				職種	<input type="checkbox"/> 保険薬局 (医療機関番号:) <input type="checkbox"/> 非保険薬局 <input type="checkbox"/> 病診薬局 <input type="checkbox"/> 臨床検査 <input type="checkbox"/> 教育・研究 <input type="checkbox"/> 行政 <input type="checkbox"/> 製薬・輸入 <input type="checkbox"/> 卸売販売業 <input type="checkbox"/> 店舗販売業 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他			
法人名及び開設者名					業務種別	<input type="checkbox"/> 開設者 <input type="checkbox"/> 薬局長 <input type="checkbox"/> 法人代表者 <input type="checkbox"/> その他		
薬局住所	〒 _____					薬剤師区分	<input type="checkbox"/> 管理薬剤師 <input type="checkbox"/> その他	
	Tel		Fax				会員種別	正会員 <input type="checkbox"/> A会員 / <input type="checkbox"/> 薬局B会員 <input type="checkbox"/> 個人B会員 賛助会員 <input type="checkbox"/>
自宅住所	〒 _____							
	Tel		Fax					
薬剤師番号	第 _____ 号	保険薬剤師番号			通信欄			
出身大学 (出身大学院)	(_____)	大学卒業 年 月	<input type="checkbox"/> 大正/ <input type="checkbox"/> 昭和/ <input type="checkbox"/> 平成 年 月					

※ 太枠内をご記入ください。