

都道府県 薬剤師会会長 殿

入会申込書 (入会者用)

年 月 日

貴薬剤師会の定款ならびに細則の規定に基づいて入会を申込みます。

1. 入会者は、太線の枠内のみご記入下さい。

No. _____

会員番号		都道府県薬名		支部名							
入会者	氏名						印	性別			
	フリガナ						男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>				
	生年月日	明治	大正	昭和	平成	年		月	日	薬剤師番号	第
	出身校名						卒年度	明治	大正	昭和	平成
勤務先	郵便番号						(*7桁を必ず記入)				
	所在地						都道府県				
	建物号室										
	勤務先名称 法人の名称 (個人の場合は空欄)										
自宅	郵便番号						(*7桁を必ず記入)				
	住所						都道府県				
	建物号室										
分類区	雑誌発送先	勤務先 自宅					【記入上のご注意】				
	勤務先態	保険薬局	非保険薬局	病診薬局	臨床検査	教育・研究	1. 薬剤師以外は、賛助会員とします。				
分薬用	業務種別	行政	製薬・輸入	一般販売業	卸売一般販売業	薬種商	2. 「性別」「生年月日」「卒業年度」の年号は該当の文字を○で囲んでください。				
	薬剤師区分	開設者	病診薬局長	法人代表者	その他		3. 出身校名は薬科大学 (旧薬専) だけを記入してください。大学院、専科、専攻科は記入しないでください。				
分薬用	会費区分	正会員	賛助会員	準会員	名誉会員		4. 姓と名の間、フリガナの項の濁音のあと、住所と気付の間は1マス空けて下さい。				
	会費区分	A会費	B会費	準会費	賛助会費		5. 記入は楷書ではっきりと強めにお書き下さい。				
備考						6. 再入会の方は以前の会員番号をお書き下さい。					
							7. 文字は一番左のマス、数字は一番右のマスに揃えてご記入下さい。				
							8. 「法人の名称」及び「開設者・法人の代表者の氏名」は薬局及び一般販売業の方のみ記入して下さい。				