

入会申込書 (入会者用)

年 月 日

都道府県 薬剤師会会長 殿
(社)日本薬剤師会会長 殿

貴薬剤師会の定款および細則の規定に基づき、且つ個人情報の取扱いについて同意し入会を申込みます。

No.

1. 入会者は、太線枠内のみご記入下さい。

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	 		号
	出身校名	 					卒年	業	度	明 治	大 正	昭 和	平 成	年
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) 												
	開設者・法人代表者の氏名	 												
	電話番号 (右詰記入)	市外局番	局番	番号	FAX番号 (右詰記入)	市外局番	局番	番号						
自 宅	郵便番号	 - 		(*7桁を必ず記入)										
	住所	 都 道 府 県												
	建物号室	 												
	電話番号 (右詰記入)	市外局番	局番	番号	FAX番号 (右詰記入)	市外局番	局番	番号						
分 類 区 分	雑誌発送先	勤務先	自宅	 										
	業務 先 能 力	保険薬局	非保険薬局	病診薬局	臨床検査	教育・研究								
		行政	製薬・輸入	一般販売業	卸売一般販売業	薬種商								
		その他	無職	学生	 									
	業務種別	開設者	病診薬局長	法人代表者	その他									
薬剤師区分	管理薬剤師	その他の薬剤師	 											
県 薬 用	地方薬剤師会における	正会員	賛助会員	準会員	名誉会員									
	会員区分	終身会員	有功会員	特別会員	 									
	会費区分	A会費	B会費	準会費	賛助会費	 								
備考	 													

〔記入上のご注意〕

1. 薬剤師以外は、賛助会員とします。
2. 裏面に記載の「会員の個人情報の取扱いについて」をよく読み、承認された上でご記入ください。
3. 「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。
4. 出身学校は薬科大学 薬専のみ記入してください。大学院、専科、専攻科等は記入しないでください。
5. 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マス空けてください。
6. 記入は楷書ではっきりと強めにお書きください。
7. 再入会の方は以前の会員番号をお書きください。
8. 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ください。
9. 「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ください。