

(一社) 島根県薬剤師会会長 殿
(公社) 日本薬剤師会会長 殿

入会申込書

年 月 日

貴薬剤師会の定款及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。

1.入会者は、太線の枠内のみご記入ください。

会員番号		都道府県薬名		3 2		島根県		支部名											
入 会 者	氏名							印	性別										
	フリガナ								男 女										
	生年月日	大正	昭和	平成		年		月		日	薬剤師番号	第					号		
	出身校名							卒業年度	大正	昭和	平成		年度						
勤 務 先	所在地 (建物号室まで ご記入ください)	〒 — —																	
	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 :		— —				FAX番号 :		— —											
自 宅	住所 (建物号室まで ご記入ください)	〒 — —																	
	電話番号 :		— —				FAX番号 :		— —										
	携帯電話(任意)		— —																
	分 類 区 分	雑誌発送先	勤務先	自宅															
勤務先 業態		保険薬局	非保険薬局	病診薬局	臨床検査	教育・研究	〔記入上のご注意〕												
		行政	製薬・輸入	卸売販売業	1. 薬剤師以外は、賛助会員とします。														
		店舗販売業	その他	無職	学生	2. 「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。													
業務種別		開設者	病診薬局長	法人代表者	その他	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。													
薬剤師区分		管理薬剤師	その他の薬剤師	4. 出身校名は薬科大学(旧薬専)のみ記入してください。															
学校薬剤師区分	学校薬剤師	非学校薬剤師	5. 大学院等ある方は、備考にご記入ください。																
県薬用	地方薬剤師会における 会員区分	正会員	賛助会員	名誉会員	6. 姓と名の間はスペースを空けてください。														
		終身会員	有功会員	特別会員	7. 手書きの場合は、楷書ではっきりとお書きください。														
	会費区分	A会費	B会費	8. 再入会の方は以前の会員番号をお書きください。															
備 考	大学院 []																		
	課程: □博士 □修士 終了年度 [] (例)「H19」「S60」																		
9. 「法人の名称」及び「開設者・法人代表者の氏名」は薬局及び店舗販売業の方のみ記入してください。																			