

入会申込書記入例

記入しないでください。(会員番号は、
後日送付される日本薬剤師会雑誌の
宛名下部に付記します)

入会申込日を記入して下さい。

(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、太線の枠内のみ記入ください。					
会員番号		都道府県薬名		支部名	
		3 2 島根県			
入 会 者	氏 名	県 薬 次 郎			印
	フリガナ	ケンヤク ジロウ			性 別
	生 年 月 日	大 正	昭和	平成	男
	出 身 校 名	〇〇大学薬学部			女
生 年 月 日		大 正	昭和	平成	6 4 年 0 1 月 0 1 日
出 身 校 名		〇〇大学薬学部			第 6 5 4 3 2 1 号
卒 業 年 度		大 正 昭和 平成			2 2 年度
勤 務	所 在 地	〒 690 — 0852			
	(建物号室まで ご記入ください)	島根県松江市千鳥町〇-〇-〇			
		〇〇ビル 1階			
先	勤務先名称	〇△口薬局 松江支店			
	法人の名称 (個人の場合は空欄)	(株)県薬			
	開設者・ 法人代表者の氏名	県薬 太郎			
電話番号 :		0852 — 25 — 0900		FAX番号 : 0852 — 26 — 5358	
自 宅	住 所	〒 690 — 0852			
	(建物号室まで ご記入ください)	島根県松江市千鳥町〇番地			
		〇〇マンション 301号室			
電話番号 :		0852 — 12 — 3456		FAX番号 : 0852 — 12 — 3456	
携帯電話(任意)		— —			
分 類 区 分	雑誌発送先	勤務先 自宅			
	勤務先	保険薬局 調剤薬局 病診薬局 臨床検査 教育・研究			
	業務形態	行政 製薬・輸入 卸売販売業 店舗販売業 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			
	学校薬剤師区分	学校薬剤師 非学校薬剤師			
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 終身会員 有功会員 特別会員			
	会費区分	A会費 B会費			
備 考	大学院 []				
	課程: □博士 □修士 終了年度 [] (例)「H19」「S60」				

個人名を記入して下さい。
(姓と名の間はスペースを
空けてください)

フリガナの姓と名の間は、
スペースを空けてください。

卒業年度は、「年度」です。
ご注意ください。
数字は右端につめてください。

薬科大学(旧薬専)のみ記入
してください。
(大学院等は、備考にご記入
ください。)

移動や変更が少ないほうを
指定してください。

該当項目が2ヶ所以上ある方
は、主な項目1つだけに○を
してください(2ヶ所以上○
があると登録されません)。

統計の資料といたします。
ありのままの記入をしてくだ
さい。

「県薬用」は、記入しないでくだ
さい。

連絡事項を記入してください。
大学院等追記がある場合は、
備考にご記入ください。

〔記入上のご注意〕

1. 薬剤師以外は、賛助会員とします。
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。
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. 出身校名は薬科大学(旧薬専)のみ記入してください。
5. 大学院等ある方は、備考にご記入ください。
6. 姓と名の間はスペースを空けてください。
7. 手書きの場合は、楷書ではっきりとお書きください。
8. 再入会の方は以前の会員番号をお書きください。
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。