

一般社団法人 練馬区薬剤師会  
入会申込書

薬局名:

受付

(許可がない項目は「なし」とご記入下さい)

1. 開設者名: 氏名	
.....	
住所	
.....	
TEL ( )	
.....	
管理薬剤師名: 氏名	
.....	
住所	
.....	
TEL ( )	
.....	
2. 店舗所在地:	
a. 〒 -	
.....	
b. 住所	
.....	
c. TEL FAX	
.....	
d. E-mail	
.....	
e. 休業日 月 火 水 木 金 土 日 祝 その他( )	
.....	
f. 営業時間 ① : ~ : ② : ~ :	
.....	
3.	
a. 保険薬局(保険薬局コード 20, )	
b. 非保険薬局 c. 一般販売業 d. 医薬品卸業	
e. 薬種商販売業 f. 病院 g. 診療所 h. その他( )	
.....	
4. 許可年月日(有効期間の始め)	
a. 薬局開設許可	年 月 日から
b. 一般販売業許可	年 月 日から
c. 薬種商販売業許可	年 月 日から
d. 医薬品製造業許可	年 月 日から
e. 医薬品製造承認	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日
f. 医療用具販売業許可	年 月 日から
g. 毒物劇物一般販売業許可	年 月 日から
h. 麻薬小売業者免許証	年 月 日から
i. 計量器販売等事業登録証	年 月 日満了
j. 指定を受けているものには○をしてください。	
ア 結核予防法指定薬局	イ 生活保護指定薬局
エ 原爆法9,14条指定薬局	オ 労災指定薬局
ウ 自立支援医療指定薬局	カ 学校薬剤師委嘱
5. 取引先:	
a. アルフレッサ	
b. メディセオ	
c. スズケン	
d. 東邦	
e. 他	
6. 会員内で一番近い方、交流のある方等をご記入下さい。	