

地区または職域薬剤師会名	練馬区 薬剤師会	承認印	会長名	㊟
--------------	----------	-----	-----	---

【様式1】

	DB 登録	会計台帳

公益社団法人東京都薬剤師会 会長殿

公益社団法人東京都薬剤師会の定款並びに同施行細則に

基づいて入会を申し込みます



入会申込書

※本申込書は、ご所属の地区または職域薬剤師会にご提出ください

記 入 日				年 月 日											
生 年 月 日				<input type="checkbox"/> 大正 / <input type="checkbox"/> 昭和 / <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日											
雑誌発送先				<input type="checkbox"/> 勤務先		<input type="checkbox"/> 自 宅									
勤 務 先 名				<input type="checkbox"/> 保 険 薬 局 (医療機関番号: _____)											
法 人 名				<input type="checkbox"/> 非保険薬局		<input type="checkbox"/> 病 診 薬 局		<input type="checkbox"/> 臨 床 検 査							
開 設 者 名				<input type="checkbox"/> 教育・研究		<input type="checkbox"/> 行 政		<input type="checkbox"/> 製 薬 ・ 輸 入							
勤務先住所				<input type="checkbox"/> 卸売販売業		<input type="checkbox"/> 店 舗 販 売 業		<input type="checkbox"/> 無 職		<input type="checkbox"/> 学 生		<input type="checkbox"/> そ の 他			
Tel				業 務 種 別				<input type="checkbox"/> 開 設 者		<input type="checkbox"/> 病 診 薬 局 長					
Fax				<input type="checkbox"/> 法人代表者				<input type="checkbox"/> そ の 他							
自 宅 住 所				薬 剤 師 区 分				<input type="checkbox"/> 管 理 薬 剤 師				<input type="checkbox"/> そ の 他			
Tel				会 員 種 別				正 会 員 (<input type="checkbox"/> A会費 / <input type="checkbox"/> B会費)							
Fax				<input type="checkbox"/> 賛助会員 (<input type="checkbox"/> A会費)											
薬 剤 師 番 号				第 _____ 号		保 険 薬 剤 師 番 号		学 校 薬 剤 師 区 分				<input type="checkbox"/> 学 校 薬 剤 師			
出 身 大 学				大 学 卒 業		<input type="checkbox"/> 大正 / <input type="checkbox"/> 昭和 / <input type="checkbox"/> 平成				通 信 欄					
(出身大学院)				(_____)		年 月		年 月				-----			