地区または職域薬剤師会名	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

フリガナ		性別	
氏名	㊞	□男／□女	
勤務先名			
法人名			
開設者名			
勤務先住所	〒　　－		
	Tel	Fax	
自宅住所	〒　　－		
	Tel	Fax	
薬剤師番号	第　　号	保険薬剤師番号	
出身大学 (出身大学院)	 (　　)	大学卒業 年　月	□昭和／□平成／□令和 年　月

記入日	年　月　日		
生年月日	□大正／□昭和／□平成 年　月　日		
雑誌発送先	□勤務先	□自宅	
職種	□保険薬局　(医療機関番号:　　)		
	□非保険薬局	□病診薬局	□臨床検査
	□教育・研究	□行政	□製薬・輸入
	□卸売販売業	□店舗販売業	
	□無職	□学生	□その他
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	
会員種別	正会員（□A会費／□B会費）		
	賛助会員（□A会費）		
学校薬剤師区分	□学校薬剤師		
通信欄			