

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. 休業日 月 火 水 木 金 土 日 祝 その他()		
		e. 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)		5. 取引先:(配布物などを お願いする場合があります)		
a.	薬局開設許可	S・H	年 月 日	から
b.	一般販売業許可	S・H	年 月 日	から
c.	薬種商販売業許可	S・H	年 月 日	から
d.	医薬品製造業許可	S・H	年 月 日	から
e.	医薬品製造承認	S・H	年 月 日	
		S・H	年 月 日	
		S・H	年 月 日	
		S・H	年 月 日	
f.	医療用具販売業許可	S・H	年 月 日	から
g.	毒物劇物一般販売業許可	S・H	年 月 日	から
h.	麻薬小売業者免許証	S・H	年 月 日	から
i.	計量器販売等事業登録証	S・H	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	ウ 身障者福祉法指定薬局	
	エ 原爆法9,14条指定薬局	オ 労災指定薬局	カ 学校薬剤師委嘱	
6. 会員内で一番近い方、交流のある方等をご記入下さい。				