

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	関口 博通	㊟
--------------	----------	-----	-----	-------	---

【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		記入日		年 月 日	
氏 名				㊟		□男/□女		生年月日	
								□大正/□昭和/□平成	
								年 月 日	
勤務先名				法人名		開設者名		雑誌発送先	
								□勤務先 □自宅	
勤務先住所				〒 _____		Tel _____ Fax _____		職種	
								<input type="checkbox"/> 保険薬局 (医療機関番号: _____) <input type="checkbox"/> 非保険薬局 <input type="checkbox"/> 病診薬局 <input type="checkbox"/> 臨床検査 <input type="checkbox"/> 教育・研究 <input type="checkbox"/> 行 政 <input type="checkbox"/> 製薬・輸入 <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	
自宅住所				〒 _____		Tel _____ Fax _____		業務種別	
								<input type="checkbox"/> 開 設 者 <input type="checkbox"/> 病診薬局長 <input type="checkbox"/> 法人代表者 <input type="checkbox"/> そ の 他	
薬剤師番号				第 _____ 号		保険薬剤師番号		薬剤師区分	
								<input type="checkbox"/> 管理薬剤師 <input type="checkbox"/> そ の 他	
出身大学				大学卒業		□大正/□昭和/□平成		会員種別	
(出身大学院)				()		年 月		正 会 員 (□A会費/□B会費) 賛助会員 (□A会費)	
								学校薬剤師区分	
								<input type="checkbox"/> 学校薬剤師	
								通信欄	
