

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

記入日				年 月 日																			
フリガナ				性別																			
氏名				□男/□女																			
勤務先名				□大正/□昭和/□平成																			
法人名				年 月 日																			
開設者名				□勤務先		□自宅																	
勤務先住所				<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="5" style="text-align: center; vertical-align: middle;">職 種</td> <td colspan="3">□保険薬局 (医療機関番号: _____)</td> </tr> <tr> <td>□非保険薬局</td> <td>□病診薬局</td> <td>□臨床検査</td> </tr> <tr> <td>□教育・研究</td> <td>□行政</td> <td>□製薬・輸入</td> </tr> <tr> <td>□卸売販売業</td> <td>□店舗販売業</td> <td></td> </tr> <tr> <td>□無職</td> <td>□学生</td> <td>□その他</td> </tr> </table>				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
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																				
自宅住所				業務種別		□開設者		□病診薬局長															
薬剤師番号				Tel		Fax		薬剤師区分															
出身大学				□管理薬剤師		□その他																	
(出身大学院)				Tel		Fax		会員種別															
第 _____ 号				□正会員 (□A会費/□B会費)		□学校薬剤師区分																	
大学卒業				□管理薬剤師		□その他																	
(_____)				Tel		Fax		賛助会員 (□A会費)															
年 月				□大正/□昭和/□平成		学校薬剤師区分																	
年 月				Tel		Fax		通信欄															
年 月				Tel		Fax		□学校薬剤師															
年 月				Tel		Fax		通信欄															