

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

■ 薬剤師変更届 ■

【様式2】

■ 退会届 ■ 右の会員の退会を届け出致します	フリガナ	会 費
	氏 名	□A/□B
	退会理由	□退職/□転勤/□死亡(年 月 日) /□その他

	DB 登録	会計台帳

公益社団法人東京都薬剤師会 会長殿



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

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

			記 入 日	年 月 日	
フリガナ		性 別	生 年 月 日	□大正/□昭和/□平成 年 月 日	
氏 名	㊟	□男/□女	雑誌発送先	□勤務先 □自宅	
勤務先名		職 種	□保 険 薬 局 (医療機関番号:)		
法 人 名			□非保険薬局	□病 診 薬 局	□臨 床 検 査
開 設 者 名			□教育・研究	□行 政	□製 薬 ・ 輸 入
勤務先住所	〒 _____		□卸売販売業	□店舗販売業	
	Tel _____ Fax _____		□無 職	□学 生	□そ の 他
自宅住所	〒 _____	業 務 種 別	□開 設 者	□病 診 薬 局 長	
	Tel _____ Fax _____	□法人代表者	□そ の 他		
薬剤師番号	第 _____ 号	薬 剤 師 区 分	□管理薬剤師	□そ の 他	
	保険薬剤師番号 _____	会 員 種 別	正 会 員 (□A会費/□B会費)		
出身大学 (出身大学院)	(_____)	学 校 薬 剤 師 区 分	賛 助 会 員 (□A会費)		
	大学卒業 年 月	通 信 欄	□学校薬剤師		
	□大正/□昭和/□平成 年 月	-----			