

都道府県 薬剤師会会長 殿
日本薬剤師会会長 殿

入会申込書 (入会者用)

年 月 日

貴薬剤師会の定款および細則の規定に基づき、且つ個人情報の取扱いについて同意し入会を申込みます。

1. 入会者は、太線の枠内のみご記入下さい。

No.

	会員番号 	都道府県薬名 	支部名 	
入 会 者	氏名 	印 	性別 	
	フリガナ 	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
	生年月日 	薬劑師番号 	第 号	
	出身校名 	卒業年度 	年度 	
勤 務 先	郵便番号 (※7桁を必ず記入)	所在地 		
	建物号室 	勤務先名称 		
	法人の名称 (個人の場合は空欄) 	開設者・法人代表者の氏名 		
	電話番号 (右詰記入) 	FAX番号 (右詰記入) 		
	電話番号 (右詰記入) 	FAX番号 (右詰記入) 		
	電話番号 (右詰記入) 	FAX番号 (右詰記入) 		
自 住 宅	郵便番号 (※7桁を必ず記入)	所在地 		
	建物号室 	電話番号 (右詰記入) 		
	電話番号 (右詰記入) 	FAX番号 (右詰記入) 		
	電話番号 (右詰記入) 	FAX番号 (右詰記入) 		
分 類 区 分	雑誌送先 	勤務先 	自宅 	
	勤務先業態	保険薬局 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 その他 無職		
		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 その他の薬剤師			
	学校薬剤師区分 学校薬剤師 非学校薬剤師			
	県薬用	地方薬剤師会における会員区分 正会員 賛助会員 名誉会員		
		終身会員 有功会員 特別会員		
		会費区分 A会費 B会費		
		会費額 円		
最終納付年月 (例: 201305)				
備考 E-mail (県薬メール送信用): 				

〔記入上のご注意〕

1. 薬剤師以外は、賛助会員とします。
2. 裏面に記載の「会員の個人情報の取扱いについて」をよく読み、承認された上でご記入ください。
3. 「性別」「生年月日」「卒業年度」の年号は該当の文字を○で囲んでください。
4. 出身校名は薬科大学(旧薬専)のみ記入してください。大学院、専科、専攻科等は記入しないでください。
5. 姓と名の間、フリガナの項の濁音のあと、住所と気付の間は1マス空けてください。
6. 記入は楷書ではっきりと強めにお書きください。
7. 再入会の方は以前の会員番号をお書きください。
8. 文字は一番左のマス、数字は一番右のマスに揃えてご記入ください。
9. 「法人の名称」及び「開設者・法人代表者の氏名」は薬局及び店舗販売業の方のみ記入してください。

