

高知 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												男 女									
	生 年 月 日	大正	昭和	平成		年		月		日	薬 剤 師 番 号	第		号								
	出 身 校 名											卒 業 年 度	大正	昭和	平成	令和		年度				
勤 務 先	郵便番号											(*7桁を必ず記入)										
	所在地											都 道 府 県										
	建物号室																					
	勤務先名称 法人の名称 (個人の場合は空欄)																					
先 宅	開設者・法人代表者の氏名																					
	電話番号 (右詰記入)	市外局番			局 番			番 号			FAX番号 (右詰記入)	市外局番			局 番			番 号				
	郵便番号											(*7桁を必ず記入)										
	住所											都 道 府 県										
分 区 分	建物号室																					
	電話番号 (右詰記入)	市外局番			局 番			番 号			FAX番号 (右詰記入)	市外局番			局 番			番 号				
	雑誌送達先	勤 務 先	自 宅																			
	日 業 用	勤務先態	保 険 薬 局	非保険薬局	病 診 薬 局	臨 床 検 査	教 育 ・ 研 究															
分 県 用	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																			
	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																		
備 考	会費区分	A 会 費	B 会 費																			
	会 費 額											円										
	最終納付年月											(例: 201305)										

〔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。