

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			
生年月日				<input type="checkbox"/> 大正/ <input type="checkbox"/> 昭和/ <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日			
フリガナ				性別			
氏名		(印)		<input type="checkbox"/> 男/ <input type="checkbox"/> 女			
勤務先名				<input type="checkbox"/> 保険薬局 (医療機関番号: _____)			
法人名				<input type="checkbox"/> 非保険薬局		<input type="checkbox"/> 病診薬局	
開設者名				<input type="checkbox"/> 教育・研究		<input type="checkbox"/> 行政	
勤務先住所				<input type="checkbox"/> 卸売販売業		<input type="checkbox"/> 店舗販売業	
自宅住所				<input type="checkbox"/> 無職		<input type="checkbox"/> 学生	
Tel				Fax			
業務種別				<input type="checkbox"/> 開設者		<input type="checkbox"/> 病診薬局長	
薬剤師区分				<input type="checkbox"/> 管理薬剤師		<input type="checkbox"/> その他	
Tel				Fax			
会員種別				正会員 (<input type="checkbox"/> A会費/ <input type="checkbox"/> B会費) 賛助会員 (<input type="checkbox"/> A会費)			
Tel				Fax			
学校薬剤師区分		<input type="checkbox"/> 学校薬剤師					
第 号		保険薬剤師番号					
出身大学		大学卒業		<input type="checkbox"/> 大正/ <input type="checkbox"/> 昭和/ <input type="checkbox"/> 平成 年 月			
(出身大学院)		()		年 月		通信欄	

【様式1 入会申込書】

東京都薬剤師連盟 入会申込書

東京都薬剤師連盟 会長 殿

東京都薬剤師連盟の規約並びに同施行細則の規定に基づいて入会を申込みます。

所 属 薬 剤 師 連 盟		所 属 薬 剤 師 連 盟 会 長 承 認 印	印
---------------	--	----------------------------	---

(注) 本申込書は必ず所属薬剤師連盟会長と連絡の上、申込者が記入し、所属薬剤師連盟会長に提出して下さい。

			記 入 年 月 日	年 月 日
氏 名	印	男・女	生 年 月 日	大正 昭和 平成 年 月 日
自 宅 住 所	〒			
	電話番号		FAX番号	
勤 務 先 名				
同 上 所 在 地	〒			
	電話番号		FAX番号	
会 費 区 分	A (薬局・医薬品販売業等の管理者または開設者) B (区分A以外のもの)			