

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

【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					
氏 名	(印)	性別	<input type="checkbox"/> 大正 / <input type="checkbox"/> 昭和 / <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日		
		<input type="checkbox"/> 男 / <input type="checkbox"/> 女			
勤務先名		雑誌発送先	<input type="checkbox"/> 勤務先	<input type="checkbox"/> 自 宅	
法人名		職 種	<input type="checkbox"/> 保険薬局 (医療機関番号: _____)		
開設者名			<input type="checkbox"/> 非保険薬局	<input type="checkbox"/> 病診薬局	<input type="checkbox"/> 臨床検査
勤務先住所	〒 _____		<input type="checkbox"/> 教育・研究	<input type="checkbox"/> 行 政	<input type="checkbox"/> 製薬・輸入
	Tel _____ Fax _____		<input type="checkbox"/> 卸売販売業	<input type="checkbox"/> 店舗販売業	
			<input type="checkbox"/> 無 職	<input type="checkbox"/> 学 生	<input type="checkbox"/> そ の 他
自宅住所	〒 _____	業務種別	<input type="checkbox"/> 開 設 者	<input type="checkbox"/> 病診薬局長	
	Tel _____ Fax _____		<input type="checkbox"/> 法人代表者	<input type="checkbox"/> そ の 他	
薬剤師番号	第 _____ 号	薬剤師区分	<input type="checkbox"/> 管理薬剤師	<input type="checkbox"/> そ の 他	
出身大学 (出身大学院)	(_____)	保険薬剤師番号	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)		
	大学卒業	学校薬剤師区分	<input type="checkbox"/> 学校薬剤師		
	年 月	通 信 欄			
	年 月				

【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)			