

# 学校薬剤師 事前登録

記載年月日：            年    月    日

氏名						
勤務先						
勤務先住所	〒					
勤務先電話番号						
自宅住所	〒					
自宅電話番号				携帯		
生年月日	昭和・平成		年	月	日	
薬剤師会	A 会員    ・    B 会員    ・    未加入					
担当希望	なし	市内、どこの施設でも可能な場合				
	あり	希望施設	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ _____</li> <li>・ _____</li> <li>・ _____</li> <li>・ _____</li> </ul>			
	希望条件 ( )内を 選択・記載して ください	(自宅・勤務先) から (徒歩・自転車・車) で (            ) 分以内の施設				
注意事項	<p>1) 来年度、4月より1年間、異動のない方をお願いします。</p> <p>2) 登録有効期間は9月1日より翌年8月31日まで1年間です。 (尚、継続等の確認を8月中に実施します。登録の中断、内容変更などがある場合はお知らせください)</p> <p>3) 未加入の方は薬剤師会のA・B会員に入会することが条件です。</p>					
確認欄						