

(公社)福岡県薬剤師会会長 殿

(公社)日本薬剤師会会長 殿

# 入会申込書

年 月 日

貴薬剤師会の定款及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ください。

会員番号		都道府県薬名		福岡県		支部名		宗像									
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	昭和	平成	令和		年度				
勤 務 先	所在地	〒 —															
	(建物号室まで ご記入ください)																
	勤務先名称	フリガナ 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	フリガナ 氏名															
	電話番号：	— —						FAX番号：	— —								
自 宅	住所	〒 —															
	(建物号室まで ご記入ください)																
電話番号：	— —						FAX番号：	— —									
分 類 区 分	雑誌発送先	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	〔記入上のご注意〕 1. 「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。 2. 薬剤師以外は、賛助会員とします。 3. 姓と名の間はスペースを空けてください。 4. 手書きの場合は、楷書ではっきりとお書きください。										
		行政	製薬・輸入	卸売販売業													
		店舗販売業	その他	無職	学生												
	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														
	終身会員	有功会員	特別会員														
会費区分	A会費	B会費															
備考																	