

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		
	フリガナ		
	生年月日	昭・平・令和 和 成 和	年 月 日
	出身校名	卒年 業度	昭・平・令和 和 成 和
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)	
	開設者・法人代表者の氏名		
自宅	郵便番号	(※7桁を必ず記入)	
	住所	都 道 府 県	
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 行政 製薬・輸入 卸売販売業 店舗販売業 その他 無 職	
分 類 区 分	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 其他の薬剤師	
	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	
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스에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。