

入会申込書

薬剤師会名： 松戸市薬剤師会

フリガナ				性別		男 ・ 女	
氏名				性別		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				卒年	業度	昭和 平成	年度
勤務先	勤務先名						
	所在地		〒				
	TEL() -			FAX() -			
	法人の名称						
	開設者・法人代表者の氏名						
自宅	住所		〒				
	TEL() -			FAX() -			
該 当 事 項 に ○ 印							
分類	職 種	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	店 舗 販 売 業	卸 売 業	無 職	
		そ の 他					
区分	業 務 種 別	開 設 者	病 診 薬 局 長	法 人 代 表 者	そ の 他		
	区 分	管 理 薬 剤 師	勤 務 薬 剤 師	そ の 他 薬 剤 師			
区分	会 員 区 分	正 会 員 A	正 会 員 B	正 会 員 C	賛 助 会 員	名 誉 会 員	
*正会員Bのみご記入下さい。							
雑誌等の送付先		勤務先 ・ 自宅					
地域・職域薬剤師会長の意見							

上記のとおり、貴薬剤師会の定款及び規則に基づいて入会を申し込みます。

千葉県薬剤師会長様

令和 年 月 日

地域・職域薬剤師会長名

印