

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

【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		<input type="checkbox"/> 大正 / <input type="checkbox"/> 昭和 / <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日		
氏名	性別			
	<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		<input type="checkbox"/> 卸売販売業	<input type="checkbox"/> 店舗販売業	
自宅住所	業務種別	<input type="checkbox"/> 開設者 <input type="checkbox"/> 病診薬局長 <input type="checkbox"/> 法人代表者 <input type="checkbox"/> その他		
Tel	薬剤師区分	<input type="checkbox"/> 管理薬剤師 <input type="checkbox"/> その他		
Fax	会員種別	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)		
薬剤師番号	学校薬剤師区分	<input type="checkbox"/> 学校薬剤師		
出身大学	出身大学	<input type="checkbox"/> 昭和 / <input type="checkbox"/> 平成 / <input type="checkbox"/> 令和 年 月		
(出身大学院)	()	年 月	通信欄	