

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

■ 薬剤師変更届 ■

【様式2】

■ 退会届 ■ 右の会員の退会を届け出致します	フリガナ		会費
	氏名		<input type="checkbox"/> A / <input type="checkbox"/> B
	退会理由	<input type="checkbox"/> 退職 / <input type="checkbox"/> 転勤 / <input type="checkbox"/> 死亡 (年 月 日) / <input type="checkbox"/> その他	

	DB登録	会計台帳

公益社団法人東京都薬剤師会 会長殿



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

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

		性別	記入日	年 月 日	
フリガナ		㊟ <input type="checkbox"/> 男 / <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 / <input type="checkbox"/> 昭和 / <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	
氏名			雑誌発送先	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅	
勤務先名		職 種	<input type="checkbox"/> 保険薬局 (医療機関番号: _____)		
法人名			<input type="checkbox"/> 非保険薬局	<input type="checkbox"/> 病診薬局	<input type="checkbox"/> 臨床検査
開設者名			<input type="checkbox"/> 教育・研究	<input type="checkbox"/> 行政	<input type="checkbox"/> 製薬・輸入
勤務先住所	〒 _____		<input type="checkbox"/> 卸売販売業	<input type="checkbox"/> 店舗販売業	
	Tel: _____ Fax: _____		<input type="checkbox"/> 無職	<input type="checkbox"/> 学生	<input type="checkbox"/> その他
自宅住所	〒 _____	業務種別	<input type="checkbox"/> 開設者	<input type="checkbox"/> 病診薬局長	
	Tel: _____ Fax: _____		<input type="checkbox"/> 法人代表者	<input type="checkbox"/> その他	
薬剤師番号	第 _____ 号	保険薬剤師番号	薬剤師区分	<input type="checkbox"/> 管理薬剤師 <input type="checkbox"/> その他	
出身大学 (出身大学院)		大学卒業 (_____) 年 月	<input type="checkbox"/> 昭和 / <input type="checkbox"/> 平成 / <input type="checkbox"/> 令和 年 月	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)
			学校薬剤師区分	<input type="checkbox"/> 学校薬剤師	
			通信欄		