

新規薬局開設入会届書

令和 年 月 日

一般社団法人西多摩薬剤師会会長 殿

会員 _____ 印

貴会に入会したく、下記の通り届け出ます。

記

1. 所属事業所名(許可正式名) _____
2. 同上所在地 〒 _____
3. 電話番号 _____ (FAX 番号) _____
4. 同上許可番号 _____
5. 同上許可期間 _____ ~ _____
6. 管理薬剤師名 _____ (_____ 年 月 日 生)
7. 同上薬剤師登録年月日 _____ T・S・H _____ 年 月 日
8. 同上登録番号 _____
9. 事業所経営母体 (株・有・個) 名称 _____
10. 同上代表者名 _____
11. 保険薬局コード番号 _____
12. 同上許可期間 _____ ~ _____

備考欄

※別途誓約書の通り、貴会の諸規程を遵守いたします。