

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

フリガナ		性別	記入日	年	月	日
氏名		□男／□女	生年月日	□大正／□昭和／□平成 年 月 日		
勤務先名			雑誌発送先	□勤務先		□自宅
法人名			職種	□保険薬局 (医療機関番号:)		
開設者名				□非保険薬局	□病診薬局	□臨床検査
勤務先住所	〒 —			□教育・研究	□行政	□製薬・輸入
				□卸売販売業	□店舗販売業	
				□無職	□学生	□その他
自宅住所	〒 —		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		□その他
薬剤師番号	第	号	学校薬剤師区分	会員種別		
	保険薬剤師番号			正会員 (□A会費／□B会費)		
出身大学 (出身大学院)	大学卒業		通信欄	賛助会員 (□A会費)		
	年 月			□昭和／□平成／□令和 年 月		