

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

■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		□A／□B
	退会理由	□退職／□転勤／□死亡（ 年 月 日）／□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

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	印			□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		
勤務先住所	〒 —				業務種別	□開設者		□病診薬局長
	Tel Fax					□法人代表者		□その他
自宅住所	〒 —				薬剤師区分	□管理薬剤師		□その他
	Tel Fax				会員種別	正会員（□A会費／□B会費）		
				賛助会員（□A会費）				
薬剤師番号	第 号	保険薬剤師番号			学校薬剤師区分	□学校薬剤師		
出身大学			大学卒業	□昭和／□平成／□令和 年 月	通信欄			
(出身大学院)	()		年 月					