

入会申込書

令和 年 月 日

(一社)鳥取県薬剤師会会長 殿
(公社)日本薬剤師会会長 殿

貴薬剤師会の定款および細則の規定に基づき、且つ個人情報の取扱いについて同意し入会を申し込みます。
※太枠内をご記入下さい。

会員番号								支 部	東 部 ・ 中 部 ・ 西 部			
(フリガナ) 氏 名							印	性 別	男 ・ 女			
生年月日	大 昭 平 正 和 成	年	月	日	薬 剤 師 番 号	第						号
出身校名						大学コード (事務局にて記入)	卒 業 年 度	昭 平 令 和 成 和	年 度			
現住所	〒 (建物号室)											
	TEL :						FAX :					
勤務先	名 称											
	住 所	〒 (建物号室)										
	TEL :						FAX :					
	法人名											
	開設者 法人代表者											
日薬雑誌 発送先	勤 務 先 ・ 自 宅											
勤務先業態	保 険 薬 局	非 保 険 薬 局	病 診 薬 局	臨 床 検 査	教 育 ・ 研 究							
	行 政	製 薬 ・ 輸 入	卸 売 販 売 業	店 舗 販 売 業	そ の 他 無 職							
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 の 薬 剤 師					学 校 薬 剤 師 区 分	学 校 薬 剤 師 ・ 非 学 校 薬 剤 師					
備 考												

(H30年7月改正)