

# 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。  
なお入会した後は、社会的責任を遵守し、会の運営にご協力いたします。

※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 <small>(自署の場合不要)</small>	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												