

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込みます。

1. 入会者は、太線の枠内のみご記入下さい。

会員番号		都道府県薬名		支部・地域薬名			
入 会 者	氏名					印	性別
	フリガナ						男 女
	生年月日	大正	昭和	平成	年 月 日	薬剤師番号	第 号
	出身校名					卒年度	大正 昭和 平成 令和 年度
勤 務 先	郵便番号	— (※7桁を必ず記入)					
	所在地	都 道 府 県					
	建物号室						
	勤務先名称 法人の名称 (個人の場合は空欄)						
先 宅	開設者・法人代表者の氏名						
	電話番号 (右詰記入)	市外局番	局番	番号	FAX番号 (右詰記入)	市外局番 局番 番号	
	郵便番号	— (※7桁を必ず記入)					
	住所	都 道 府 県					
自 宅	建物号室						
	電話番号 (右詰記入)	市外局番	局番	番号	FAX番号 (右詰記入)	市外局番 局番 番号	
	E-mailアドレス						
	分 類 区 分	雑誌送先	勤務先	自宅			
日 業 用 分	勤務先態	保険薬局	非保険薬局	病診薬局	臨床検査	教育・研究	
	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				
	県薬用	地方薬剤師会における会員区分	正会員	賛助会員	名誉会員		
備 考	会員区分	終身会員	有功会員	特別会員			
	会費額	A会費	B会費				
	最終納付年月						

〔記入上のご注意〕

1. 薬剤師以外は、賛助会員とします。
2. 別紙に記載の「会員の個人情報の取扱いについて」をよく読み、承認された上でご記入ください。
3. 「性別」「生年月日」「卒業年度」の年号は該当の文字を○で囲んでください。
4. 出身校名は薬科大学(旧薬専)のみ記入してください。大学院、専科、専攻科等は記入しないでください。
5. 姓と名の間、フリガナの項の濁音のあと、住所と気付の間は1マス空けてください。
6. 記入は楷書ではっきりと強めにお書きください。
7. 再入会の方は以前の会員番号をお書きください。
8. 文字は一番左のマス、数字は一番右のマスに揃えてご記入ください。
9. 「法人の名称」及び「開設者・法人代表者の氏名」は薬局及び店舗販売業の方のみ記入してください。