

A 会員入会届・開設登録書 (1/2)

様式
千葉市薬
A-1-1

(※は必須項目です)

平成 年 月 日

営業所の 名称	※フリガナ ※勤務する薬局・一般販売業・卸売販売業の名称			
営業所の 連絡先	※〒			
	※電話	メールアドレス		
	※FAX	ホームページURL		
開設者 氏名	※フリガナ ※法人の場合は法人名及び代表者氏名			
開設者の 連絡先	※〒		※電話	
			※FAX	
			メールアドレス	
※業種 いずれかに○	① 薬局(保険薬局 有・無) ② 医薬品店舗販売業 ③ 卸売販売業			
※販売形態 いずれかに○	① 調剤のみ ② OTCと調剤 ③ OTCのみ			
※開設予定日	平成 年 月 日			
※定休日	(曜日・時間等)			
※営業時間	曜日	時	分から	時 分まで
	曜日	時	分から	時 分まで
※従業員数	薬剤師	名	登録販売者	名 その他従業員(事務員等) 名
付近の 医療機関	処方せんを発行する医療機関が特定できる時(科)			
	医療機関名		処方せん枚数1日約 枚	
その他 登録 (予定) いずれかに○	自立支援医療機関	在宅患者訪問薬剤管理指導	高度管理医療機器	麻薬許可
	有・無	有・無	有・無	有・無
	注射針回収	広域病院処方箋受入れ	学生受け入れ予定	当会ホームページ掲載
	可・否	する・しない	有・無	可・否
	毒物・劇物	薬局のホームページへのリンク	備考	
有・無	はい・いいえ			

この情報は登録のみに使用し、他の目的には一切使用致しません

◎昼休みに閉局する場合、営業時間の右側空欄に閉局の時間を書き込んでください

A会員入会届・開設登録書 (2/2)

様式
千葉市薬
A-1-2

管理 薬剤師	※フリガナ			※性別	
	※氏名	Ⓜ		男・女	
	※生年月日	昭和・平成	年	月	日
	※出身大学	大学	昭和・平成	年度卒業	
	※薬剤師 登録番号	第			号
	※調剤経験	あり・なし	学校薬剤師・夜救診・休日診 (参加希望に○)		

この情報は登録のみに使用し、他の目的には一切使用致しません

千葉市薬剤師会の趣旨に賛同し入会を申し込みます

社団法人 千葉市薬剤師会 御中

開設者
氏名

Ⓜ