

入・退 会 届

様式
千葉市薬
B-1

(入・退どちらかに○をつけてください)

社団法人千葉市薬剤師会御中

平成 年 月 日

(退会時は※が必須項目です)

※フリガナ			※性別
※氏名	⑩		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
薬剤師名簿 登録番号	第	号	
自宅連絡先	※住所 (フリガナ)		
	※自宅電話		携帯電話
	メールアドレス	パソコン 携帯	
勤務先	名称 (フリガナ)		
	住所 (フリガナ)		
	電話	F A X	
	メールアドレス		
	ホームページURL		
書類送付先	郵送物	自宅・勤務先 (該当事項に○)	
	F A X	自宅・勤務先 (該当事項に○)	
※電話連絡先	勤務先電話・自宅固定電話・個人携帯電話 (該当事項に○)		
調剤経験 (あり・なし) (ありの場合 年)		学校薬剤師・夜救診・休日診 (参加希望に○)	

以下入会時のみ記入

希望に○	1 千葉市薬剤師会のみ入会
	2 千葉市薬剤師会+千葉県薬剤師会・日本薬剤師会も合わせて入会