

入 会 申 込 書

支部名

フリガナ				性 別		男 ・ 女	
氏 名				性 別		男 ・ 女	
生 年 月 日		大 正 昭 和 平 成	年 月 日	薬 剤 師 号		第 号	
出 身 校 名				卒 年	業 次	大 正 昭 和 平 成	年 月
勤 務 先	勤 務 先 名						
	所 在 地		〒				
	※注1)法人の名称						
	開 設 者 ・ 法 人 代 表 者 の 氏 名						
	TEL()		-	FAX()		-	
自 宅	住 所		〒				
	TEL()		-	FAX()		-	
該 当 事 項 に ○ 印							
雑 誌 等 の 送 付 先		勤 務 先 ・ 自 宅					
分 類 区 分	職 種	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	一 般 販 売 業	卸 売 業	無 職	
	そ の 他						
業 務 種 別		開 設 者	病 診 薬 局 長	法 人 代 表 者	そ の 他		
区 分		管 理 薬 剤 師	勤 務 薬 剤 師	そ の 他 薬 剤 師			
※ 注2 県 薬 用	会 員 区 分	正 会 員	賛 助 会 員	名 誉 会 員			
	会 員 区 分	A 会 員	B 会 員	賛 助 会 費			
支 部 長 の 意 見							
		支 部 長 名 印					
上記のとおり、貴薬剤師会の定款及び規則に基づいて入会を申し込みます。							
社 千 葉 県 薬 剤 師 会 長 様							
平 成 年 月 日		氏 名				印	

※(注)1.「法人の名称」及び「開設者・法人代表者の氏名」欄は、
薬局及び一般販売業の方のみ記入して下さい。

2.「県薬用」は県薬剤師会で記入します。