

地区または職域薬剤師会名	下谷	薬剤師会	承認印	会長名	㊟
--------------	-----------	------	-----	-----	---

**東京都薬剤師会宛と下谷薬剤師会宛の
2部ご提出ください。**

【様式1】

	DB登録	会計台帳

所属している店舗名

公益社団法人東京都薬剤師会 会長殿
公益社団法人東京都薬剤師会の定款並びに同施行細則に
基づいて入会を申し込みます



入会申込書

※本申込書は、ご所属の地区または職域薬剤師会にご提出ください

フリガナ	タイトウ タロウ	性別	記入日	平成30年 ○月 ○日	
氏名	台東 太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 男/ <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正/ <input checked="" type="checkbox"/> 昭和/ <input type="checkbox"/> 平成 58 年 ○月 ○日	
勤務先名	たいとう薬局 上野店		雑誌発送先	<input checked="" type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅	
法人名	株式会社台東メディカル		職種	<input checked="" type="checkbox"/> 保険薬局 (医療機関番号: 0612345)	
開設者名	台東 太郎			<input type="checkbox"/> 非保険薬局 <input type="checkbox"/> 病診薬局 <input type="checkbox"/> 臨床検査	
勤務先住所	〒110-0015 東京都台東区東上野△-△△-△△			<input type="checkbox"/> 教育・研究 <input type="checkbox"/> 行政 <input type="checkbox"/> 製薬・輸入	
Tel	03-1234-5678	Fax		03-5678-9012	<input type="checkbox"/> 卸売販売業 <input type="checkbox"/> 店舗販売業
自宅住所	〒107-0062 東京都港区南青山○-○○-○○		業務種別	<input checked="" type="checkbox"/> 開設者 <input type="checkbox"/> 病診薬局長 <input type="checkbox"/> 法人代表者 <input type="checkbox"/> その他	
Tel	080-△△△△△-△△△△△	Fax	薬剤師区分	<input checked="" type="checkbox"/> 管理薬剤師 <input type="checkbox"/> その他	
薬剤師番号	第 号	保険薬剤師番号	会員種別	正会員 (<input checked="" type="checkbox"/> A会費/ <input type="checkbox"/> B会費) 賛助会員 (<input type="checkbox"/> A会費)	
出身大学	()	大学卒業	学校薬剤師区分	<input checked="" type="checkbox"/> 学校薬剤師	
(出身大学院)	()	年月	通信欄		
		年 月			

薬剤師の方は薬剤師免許についてご記入下さい。

**正会員 (A会費) は開設者又は管理薬剤師の方
正会員 (B会費) はA会員以外の薬剤師の方
賛助会員は当法人の目的及び事業に賛同した
薬剤師以外の方**