

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

【様式1】

	DB登録	会計台帳

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

		性別	年 月 日	
フリガナ		□男/□女	□大正/□昭和/□平成	生年月日
氏 名	Ⓜ	□男/□女	年 月 日	雑誌発送先
勤務先名				□勤務先 □自宅
法人名				職 種
開設者名				
勤務先住所	〒 _____			
Tel		Fax		
自宅住所	〒 _____			
Tel		Fax		業務種別
薬剤師番号	第 _____ 号	保険薬剤師番号		薬剤師区分
出身大学 (出身大学院)	(_____)	大学卒業 年 月	□大正/□昭和/□平成 年 月	会員種別
				正会員 (□A会費/□B会費) 賛助会員 (□A会費)
				□開 設 者 □病診薬局長 □法人代表者 □そ の 他
				□管理薬剤師 □そ の 他
				□学校薬剤師区分 □学校薬剤師
				通信欄