

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

■ 薬剤師変更届 ■

【様式2】

■ 退会届 ■ 右の会員の退会を届け出致します	フリガナ		会費			
	氏名		□A/□B		DB登録	会計台帳
	退会理由	□退職/□転勤/□死亡(年 月 日)/□その他				

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		性別		記入日	年 月 日	
氏名		□男/□女	㊟	生年月日	□大正/□昭和/□平成 年 月 日	
勤務先名				雑誌発送先	□勤務先	□自宅
法人名				職種	□保険薬局 (医療機関番号:)	
開設者名					□非保険薬局 □病診薬局 □臨床検査	
勤務先住所 〒 _____ Tel _____ Fax _____					□教育・研究 □行政 □製薬・輸入	
					□卸売販売業 □店舗販売業	
					□無職 □学生 □その他	
自宅住所 〒 _____ Tel _____ Fax _____				業務種別	□開設者	□病診薬局長
				□法人代表者 □その他		
				薬剤師区分	□管理薬剤師	□その他
薬剤師番号	第 _____ 号	保険薬剤師番号		会員種別	正会員 (□A会費/□B会費) 賛助会員 (□A会費)	
出身大学 (出身大学院)	(_____)	大学卒業 年 月	□大正/□昭和/□平成 年 月	学校薬剤師区分	□学校薬剤師	
				通信欄		