

(1)神奈川県薬剤師会

入会申込書

年 月 日

(入会しない薬剤師会会長名は削除線を引いてください)

神奈川県薬剤師会 会長 殿

【日本薬剤師会 会長 殿】

私は、薬剤師会の趣旨に賛同し、入会を申し込みます。 ※1 必要事項にご記入、又は■を付けてください。

※2 赤字は薬剤師のみご記入ください。

※3 法人欄は勤務先の経営者についてご記入ください。

入会者	フリガナ (姓)	(名)				性別	<input type="checkbox"/> 男							
	氏名						<input type="checkbox"/> 女							
	生年月日	<input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> H	出身大学	大学	卒業年月	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> R	薬剤師登録番号	第	号	
	自宅住所 (気付)	〒 県										電話番号	-	-
	業務種別	<input type="checkbox"/> 法人代表者 <input type="checkbox"/> 開設者 (個人) <input type="checkbox"/> 勤務者 <input type="checkbox"/> 無職				ファックス番号	-	-						
	連絡用メールアドレス	@												
日本薬剤師会の加入	<input type="checkbox"/> 入会する <input type="checkbox"/> 入会済 <input type="checkbox"/> 入会しない				雑誌等送付先	<input type="checkbox"/> 店舗・勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 法人所在地								
勤務先 (店舗名)	※法人代表者・開設者の方は、主たる勤務先(店舗名)を、勤務者の方は勤務先をご記入ください。無職の方は記入不要です。													
	フリガナ					業態	<input type="checkbox"/> 保険薬局	<input type="checkbox"/> 非保険薬局	<input type="checkbox"/> 店舗販売業					
	店舗名・勤務先名						<input type="checkbox"/> 卸売販売業	<input type="checkbox"/> 病院診療所	<input type="checkbox"/> 教育・研究					
	所在地 (気付)	〒 県				電話番号	-	-	薬剤師区分	<input type="checkbox"/> 管理薬剤師 <input type="checkbox"/> その他薬剤師				
ファックス番号					ファックス番号	-	-							
経営者	※勤務先(店舗)の経営者(法人開設・個人開設)についてご記入ください。													
	フリガナ					フリガナ								
	法人名	※個人開設の場合は記入不要				法人代表者名又は個人開設者名								
	法人所在地又は開設者住所 (気付)	〒 県				電話番号	-	-	ファックス番号	-	-			
メールマガジン用メールアドレス	@													
備考	※連絡事項等、ご記入ください。													
※他の都道府県薬剤師会より移動された場合は、移動元の都道府県名と会員番号をご記入ください。										退会年月日	年	月	日	
都道府県薬剤師会名	会員番号				本年度の日薬会費	<input type="checkbox"/> 納入済み	<input type="checkbox"/> 未納							

※原則として勤務先住所(無職の方は自宅住所)を代議員選挙規程の選挙区に登録しますが、別途ご希望がある場合は備考欄にご記入ください。

ただし、行政(神奈川県)、卸売販売業、病院診療所勤務の場合は、各職域選挙区に登録になります。

※個人情報保護法施行に伴う会員個人情報の取扱いに則り、地域薬剤師会等からの要請により、情報開示する場合があります。(詳細はホームページ参照)