

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

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		〒 _____			□教育・研究	□行 政	□製薬・輸入
Tel		Fax			□卸売販売業	□店舗販売業	
自宅住所		〒 _____			□無 職	□学 生	□そ の 他
業務種別				□開 設 者		□病診薬局長	
薬剤師区分				□法人代表者		□そ の 他	
Tel		Fax		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)	
出身大学		大学卒業		賛助会員 (□A会費)			
(出身大学院)		年 月		通 信 欄			
		□大正/□昭和/□平成 年 月					