

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

【様式1】

	DB 登録	会計台帳

一般社団法人墨田区薬剤師会 会長殿  
 定款並びに同施行細則に  
 基づいて入会を申し込みます

## 地区会員入会申込書

※本申込書は、墨田区薬剤師会にご提出ください

				記 入 日	年 月 日		
フリガナ				性 別	□昭和/□平成		
氏 名	(印)			□男/□女	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
Tel		Fax		業 務 種 別	□開 設 者	□病診薬局長	
薬剤師番号	第 _____ 号	保険薬剤師番号		業 務 種 別	□法人代表者	□そ の 他	
出身大学				大学卒業	本会で活動したいことについて○をつけて下さい 学校薬剤師・研修会への参加 本会の実施する事業・活動への参加 ( ) その他 ( )		
(出身大学院)	( )			年 月			□昭和/□平成