

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】

<b>■ 退会届 ■</b> 右の会員の退会を届け出致します	フリガナ		会費
	氏名		<input type="checkbox"/> A / <input type="checkbox"/> B
	退会理由	<input type="checkbox"/> 退職 / <input type="checkbox"/> 転勤 / <input type="checkbox"/> 死亡 ( 年 月 日 ) / <input type="checkbox"/> その他	

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