

地区会員 墨病薬【 A・B 】 入会申込書

	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

※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/□令和
氏 名	(印)			□男/□女	生 年 月 日
					年 月 日
				雑誌発送先	□勤務先 □自 宅
勤務先名				職 種	<input type="checkbox"/> 保 険 薬 局 (医療機関番号: _____) <input type="checkbox"/> 非保険薬局 <input type="checkbox"/> 病 診 薬 局 <input type="checkbox"/> 臨 床 検 査 <input type="checkbox"/> 教 育 ・ 研 究 <input type="checkbox"/> 行 政 <input type="checkbox"/> 製 薬 ・ 輸 入 <input type="checkbox"/> 卸 売 販 売 業 <input type="checkbox"/> 店 舗 販 売 業 <input type="checkbox"/> 無 職 <input type="checkbox"/> 学 生 <input type="checkbox"/> そ の 他
法 人 名					
開 設 者 名					
勤務先住所	〒 _____				
	Tel		Fax		
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			
メールアドレス	@ _____				
出身大学 (出身大学院)	(_____)		大学卒業 年 月	□昭和/□平成□令和 年 月	
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 (_____)					