

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

		性別			記入日	年	月	日
フリガナ					生年月日	□大正/□昭和/□平成		
氏名	㊟	□男/□女				年	月	日
					雑誌発送先	□勤務先		□自宅
勤務先名					職 種	□保険薬局 (医療機関番号: )		
法人名						□非保険薬局	□病診薬局	□臨床検査
開設者名						□教育・研究	□行政	□製薬・輸入
						□卸売販売業	□店舗販売業	
						□無職	□学生	□その他
勤務先住所	〒 _____				業 務 種 別	□開設者		□病診薬局長
	Tel _____	Fax _____				□法人代表者		□その他
自宅住所	〒 _____				薬剤師区分	□管理薬剤師 □その他		
	Tel _____	Fax _____			会 員 種 別	正会員 (□A会費/□B会費)		
						賛助会員 (□A会費)		
薬剤師番号	第 _____ 号	保険薬剤師番号			学校薬剤師区分	□学校薬剤師		
出身大学 (出身大学院)	( _____ )	大学卒業 年 月	□大正/□昭和/□平成 年 月		通 信 欄			