

(1) 横浜市旭区薬剤師会薬剤師会用

入会申込書

 年 月 日

横浜市旭区薬剤師会 会長

私は、薬剤師会の趣旨に賛同し、入会を申し込みます。

会 員 種 別	<input type="checkbox"/> 正会員								
	<input type="checkbox"/> 個人会員A (市薬会員)								
	<input type="checkbox"/> 個人会員B (市薬非会員・正会員の薬局勤務者)								
	<input type="checkbox"/> 個人会員C (AB以外)								

※1 必要事項にご記入、又は☑を付けてください。
 ※2 赤字は薬剤師のみご記入ください。
 ※3 法人欄は勤務先の経営者についてご記入ください。

入 会 者	フリガナ (姓)		(名)		捺印 又は サイン	性別	<input type="checkbox"/> 男		
	氏名						<input type="checkbox"/> 女		
	生年月日	<input type="checkbox"/> T 年	<input type="checkbox"/> S 月	<input type="checkbox"/> H 日生	薬剤師登録番号 第	雑誌等 送付先	<input type="checkbox"/> 店舗・勤務先	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 法人所在地
	自宅住所	〒				電話番号	-	-	
	業務種別	<input type="checkbox"/> 法人代表者	<input type="checkbox"/> 開設者(個人)	<input type="checkbox"/> 勤務者	<input type="checkbox"/> 無職	ファックス番号	-	-	
	自宅メールアドレス	@							
	横浜市薬剤師会の加入	<input type="checkbox"/> 入会する <input type="checkbox"/> 入会済 <input type="checkbox"/> 入会しない			神奈川県薬剤師会の加入	<input type="checkbox"/> 入会する <input type="checkbox"/> 入会済 <input type="checkbox"/> 入会しない			

※法人代表者・開設者の方は、主たる勤務先(店舗名)を、勤務者の方は勤務先をご記入ください。無職の方は記入不要です。

勤 務 先 (店 舗 名)	フリガナ			業 態	<input type="checkbox"/> 保険薬局	<input type="checkbox"/> 非保険薬局	<input type="checkbox"/> 店舗販売業	
	店舗名・勤務先名				<input type="checkbox"/> 卸売販売業	<input type="checkbox"/> 病院診療所	<input type="checkbox"/> 教育・研究	
	所在地	〒		電話番号	-	-	-	
	(気付)			ファックス番号	-	-	-	
	勤務先メールアドレス	@					<input type="checkbox"/> 行政	<input type="checkbox"/> 製薬・輸入

※勤務先(店舗)の経営者(法人開設・個人開設)についてご記入ください。

経 営 者	フリガナ			フリガナ			
	法人名	※個人開設の場合は記入不要			法人代表者名 又は 個人開設者名		
	法人所在地 又は 開設者住所	〒		電話番号	-	-	
				ファックス番号	-	-	

※メールマガジン登録先 自宅 勤務先 ※メールアドレスが記載されている場合はメールマガジンに登録しますので、どちらか選択してください。

備 考	※連絡事項等、ご記入ください。						

※個人情報保護法施行に伴う会員個人情報の取扱いに則り、地域薬剤師会等からの要請により、情報開示する場合があります。