

貴薬剤師会の定款および細則の規定に基づき、且つ個人情報の取扱いについて同意し入会を申込みます。

1. 入会者は、太線の枠内のみご記入下さい。

会員番号		都道府県業名		地区名								
入 会 者	氏名						印	性別				
	フリガナ							男 女				
	生年月日	大正	昭和	平成	年	月	日	薬剤師番号	第	号		
	出身校名						卒業年度	大正	昭和	平成	令和	年度
勤 務 先	郵便番号			都道府県		(*7桁を必ず記入)						
	所在地											
	建物号室											
先	勤務先名称											
	法人の名称 (個人の場合は空欄)											
	開設者・法人代表者の氏名											
宅	電話番号 (右詰記入)	市外局番	局番	番号	FAX番号 (右詰記入)	市外局番	局番	番号				
	E-mailアドレス											
分 類 区 分	雑誌発送先	勤務先	自宅									
	日 業 用	勤務先態	保険薬局	非保険薬局	病診薬局	臨床検査	教育・研究					
		業務種別	行政	製薬・輸入	無職	卸売販売業						
		薬剤師区分	管理薬剤師	その他の薬剤師								
	学校薬剤師区分	学校薬剤師	非学校薬剤師									
分 薬 用	会費区分	正会員	賛助会員	名誉会員								
	会費額	終身会員	有功会員	特別会員								
	最終納付年月	A会費	B会費									
						円						

【記入上のご注意】

1. 薬剤師以外は、賛助会員とします。
2. 裏面に記載の「会員の個人情報の取扱いについて」をよく読み、承認された上でご記入ください。
3. 「性別」「生年月日」「卒業年度」の年号は該当の文字を○で囲んでください。
4. 出身校名は薬科大学(旧薬専)のみ記入してください。大学院、専科、専攻科等は記入しないでください。
5. 姓と名の間、フリガナの項の濁音のあと、住所と気付の間は1マス空けてください。
6. 記入は楷書ではっきりと強めにお書きください。
7. 再入会の方は以前の会員番号をお書きください。
8. 文字は一番左のマス、数字は一番右のマスに揃えてご記入ください。
9. 「法人の名称」及び「開設者・法人代表者の氏名」は薬局及び店舗販売業の方のみ記入してください。

FAX送信先 : 023-616-5102