

都道府県 薬剤師会会長 殿  
日本薬剤師会会長 殿

# 入会申込書 (入会者用)

年 月 日

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。

No.  

会員番号	<input style="width: 95%;" type="text"/>	都道府県薬名	<input style="width: 95%;" type="text"/>	支部名	<input style="width: 95%;" type="text"/>			
入 会 者	氏名	<input style="width: 95%;" type="text"/>				印	性別	
	フリガナ	<input style="width: 95%;" type="text"/>				男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>		
	生年月日	大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/>	年 <input type="text"/>	月 <input type="text"/>	日 <input type="text"/>		薬剤師番号	第 <input type="text"/> 号
	出身校名	<input style="width: 95%;" type="text"/>		卒年度	大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/>	年度	<input type="text"/>	
勤 務 先	郵便番号	<input style="width: 95%;" type="text"/> (※7桁を必ず記入)						
	所在地	<input style="width: 95%;" type="text"/>						
	建物号室	<input style="width: 95%;" type="text"/>						
	勤務先名称 法人の名称 (個人の場合は空欄)	<input style="width: 95%;" type="text"/>						
先 宅	開設者・法人代表者の氏名	<input style="width: 95%;" type="text"/>						
	電話番号 (右詰記入)	市外局番 <input type="text"/>	局番 <input type="text"/>	番号 <input type="text"/>	FAX番号 (右詰記入)	市外局番 <input type="text"/>	局番 <input type="text"/>	番号 <input type="text"/>
	郵便番号	<input style="width: 95%;" type="text"/> (※7桁を必ず記入)						
	住所	<input style="width: 95%;" type="text"/>						
自 宅	建物号室	<input style="width: 95%;" type="text"/>						
	電話番号 (右詰記入)	市外局番 <input type="text"/>	局番 <input type="text"/>	番号 <input type="text"/>	FAX番号 (右詰記入)	市外局番 <input type="text"/>	局番 <input type="text"/>	番号 <input type="text"/>
	郵便番号	<input style="width: 95%;" type="text"/> (※7桁を必ず記入)						
	住所	<input style="width: 95%;" type="text"/>						
分 類 区 分	雑誌発送先	勤務先	自宅	<input style="width: 95%;" type="text"/>				
	日 薬 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	卸売販売業	<input style="width: 95%;" type="text"/>		
		薬剤師区分	店舗販売業	その他	無職	学 生	<input style="width: 95%;" type="text"/>	
	分 県 薬 用	学校薬剤師区分	開設者	病診薬局長	法人代表者	その他 <input style="width: 95%;" type="text"/>		
		会費区分	管理薬剤師	その他の薬剤師	<input style="width: 95%;" type="text"/>			
会費額		学校薬剤師	非学校薬剤師	<input style="width: 95%;" type="text"/>				
備 考	地方薬剤師会における会員区分	正会員	賛助会員	名誉会員	<input style="width: 95%;" type="text"/>			
	会費額	A会費	B会費	終身会員	有功会員	特別会員	<input style="width: 95%;" type="text"/>	
	最終納付年月				円 <input style="width: 95%;" type="text"/>	(例: 201305) <input style="width: 95%;" type="text"/>		

**〔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。