

(一社) 香川県薬剤師会会長 殿
 (公社) 日本薬剤師会会長 殿

年 月 日

入会申込書 (正会員・準会員・賛助会員)

貴会の会員 (正会員・準会員・賛助会員) として入会したいので、貴会の定款及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、下記書類を添えて申し込みます。

添付書類 1. 履歴書 (県外の履歴においては県名を記載すること)

2. 準会員、賛助会員として入会希望の場合は、薬局開設に係る許可証等の写し

※太枠内に記入してください。

入 会 者	フリガナ				性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	氏名	姓		名	薬 劑 師 免 許	登 録 番 号	第 号
	生年 月日	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 令 年 年 日			登 録 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平	
	出身 校名				卒 業 年 度	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 令 年度 <input type="checkbox"/> 平	
メールアドレス						メール配信の希望	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
勤 務 先	所 在 地	〒 -					
	勤務先名称						
	法人の名称						
開設者・法人 代表者の氏名							
電話番号	- -		FAX番号	- -			
自 宅	住 所	〒 -					
	電話番号	- -		FAX番号	- -		
分 類 区 分	日 薬 用	勤務先業態	<input type="checkbox"/> 保険薬局	<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"/> 無職	<input type="checkbox"/> 学生	<input type="checkbox"/> 店舗販売業	<input type="checkbox"/> その他	
	業務種別	<input type="checkbox"/> 開設者	<input type="checkbox"/> 病診薬局長	<input type="checkbox"/> 法人代表者		<input type="checkbox"/> その他	
		薬剤師区分	<input type="checkbox"/> 管理薬剤師	<input type="checkbox"/> その他の薬剤師			
	学校薬剤師区分	<input type="checkbox"/> 学校薬剤師	<input type="checkbox"/> 非学校薬剤師				
県 薬 用	会員区分	<input type="checkbox"/> 正会員	<input type="checkbox"/> 賛助会員	<input type="checkbox"/> 準会員	<input type="checkbox"/> 特別会員		
	会費区分	<input type="checkbox"/> A会員	<input type="checkbox"/> B会員	<input type="checkbox"/> D会員			
入会金支払方法		<input type="checkbox"/> 個人払い	<input type="checkbox"/> 会社払い	会費支払方法	<input type="checkbox"/> 個人払い	<input type="checkbox"/> 会社払い	
連絡先担当者				連絡先 T E L	- -		