

# 入 会 申 込 書

平成 年 月 日

支部名

支部長

印

(支部長の印を受けてからこちらへ送付願います。)

会員種別	第1種会員	個人開設者	法人代表			
		医薬品販売業	(保険薬局指定 : 有 ・ 無 )			
	第2種会員 (第1種を除く開設者)	第3種会員 (第1,2種を除く会員)				
	いずれか該当するものに をして下さい。					
ふりがな						
氏 名						
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性 別	男 ・ 女
自宅 住 所	〒 - E-Mailアドレス					
	-----					
電 話	-	-	FAX	-	-	
薬局名称 (勤務先名)						
薬局(勤務先) 所在地	〒 -					
開設者法人組織の場合 法人名称及び代表者氏名 (法人組織第1種会員入会 時ご記入下さい。)						
薬局電話	-	-	薬局FAX	-	-	
薬局E-Mailアドレス						
出身校	明・大・昭・平	年	月	日	卒	
薬 剤 師 登録年月日	明・大・昭・平	年	月	日	登録番号 第 号	
備 考						

社団法人 横浜市薬剤師会定款の規定にもとづいて入会を申し込みます。

社団法人横浜市薬剤師会 様

氏 名