

3 × 4 cm  
 ※会員証 作成  
 上、直接貼付け  
 ずにクリップ等  
 で留めて

# 入 会 申 込 書

令和 年 月 日

地域薬剤師会名

地域薬剤師会担当者名

印

(担当者の印を受けてからこちらへ送付願います。)

|                               |                     |   |       |                                     |        |     |
|-------------------------------|---------------------|---|-------|-------------------------------------|--------|-----|
| 会員種別                          | 正会員 I               | ( )開局薬剤師<br>又は( )管理薬剤師<br>(開設者が薬剤師でない場合)  | 薬局    | 個人開設者・法人代表・医薬品販売業<br>(保険薬局指定 : 有・無) |        |     |
|                               | 正会員 II              | 勤務薬剤師(正会員 I を除く)                          |       |                                     |        |     |
|                               | 賛助会員                | 薬剤師以外であり、本会の趣旨に賛同するもの<br>(正会員 I・II を除く会員) |       |                                     |        |     |
|                               | いずれか該当するものに○をして下さい。 |   |       |                                     |        |     |
| フリガナ                          |                     |   |       |                                     |        |     |
| 氏 名                           |                     |   |       |                                     |        |     |
| 生年月日                          | 大・昭・平               | 年   | 月     | 日                                   | 性別     | 男・女 |
| 自宅<br>住所                      | 〒 - E-Mailアドレス      |   |       |                                     |        |     |
|                               | -----               |   |       |                                     |        |     |
| 電話                            | -                   | -   | FAX   | -                                   | -      |     |
| 薬局名称<br>(勤務先名)                |                     |   |       |                                     |        |     |
| 薬局(勤務先)<br>所在地                | 〒 -                 |   |       |                                     |        |     |
| 開設者法人組織の場合<br>法人名称<br>及び代表者氏名 |                     |   |       |                                     |        |     |
| 薬局電話                          | -                   | -   | 薬局FAX | -                                   | -      |     |
| 薬局E-Mailアドレス                  | @                   |   |       |                                     |        |     |
| 出身校                           | 大・昭・平・令             | 年   | 月     | 日                                   | 卒      |     |
| 薬剤師<br>登録年月日                  | 大・昭・平・令             | 年   | 月     | 日                                   | 登録番号 第 | 号   |
| 備 考                           |                     |   |       |                                     |        |     |

諸手続き終了後、入会金等の納入をもって入会とする

一般社団法人 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。

一般社団法人横浜市薬剤師会 様

氏 名

印