**様式第１号**

（年号）　　年　　月　　日

**入　会　申　込　書**

一般社団法人　埼玉県薬剤師会　様

一般社団法人埼玉県薬剤師会定款第６条の規定により下記のとおり入会を申し込みます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 　フリガナ |   |  | 　　印 |
| **氏　　名** | 姓 | 名 |  |
| **生年月日** | 大正・昭和・平成　　　　年　　　月　　　日 | 　　□男　　□女 |
| 　**自宅住所** | 〒　　　　－　電話　　　　－　　　－　　　　　 Ｆax 　－　　　－ |
| **法人名・****代表者氏名** | ※　個人開設の場合は開設者氏名 |
| フリガナ |  |
| **店舗（勤務先）****名称** | ※　保健所への届出名称 |
| **店舗（勤務先）****所在地** | 〒　　　　－　　　　　　　　　　　　　　※　建物名も記入電話　　　　－　　　－　　　　　　Fax 　　－　　　－ |
| **分　　　類** | □保険薬局　　　□非保険薬局　□店舗販売業　□卸売販売業□病院・診療所　□臨床検査　　□教育研究　　□行政□製薬・輸入　　□無職　　　　□その他（　　　　　　　　　） |
| 　**会費区分** | 　□管理薬剤師 　　□その他の薬剤師・無職　□非薬剤師（Ａ会員）　　　　（Ｂ会員）　　　　　　　（賛助会員） |
| 　**雑誌送付先** | 　□勤務先 　　□自宅 |
| **ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ** | 記入いただいたﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽは、メルマガ登録など会員様に有益な情報を発信するために使用します（メルマガは、登録後に配信を停止することも可能です）。＠ |

（以下、薬剤師のみ記入）

薬剤師番号　　　　　　　　出身校　　　　大学　卒業年度　昭和・平成 　　　年度

**留意事項**　　入会の際は、地域薬剤師会の代表者の確認が必要となります。下記確認欄

に記名・押印を受けてください。

**＜地域薬剤師会代表者確認欄＞**　　　　　　　　　　　　**＜県薬使用欄＞**

　確認年月日（年号）　年　　月　　日　　受付年月日（年号）　　年　　　月　　　日

　地域薬剤師会名　　　　　　　　　　　　入会金　　　　　　円　諸経費　　　　　円

　代表者　　　　　　　　　　 　印　　　会　費　　　　　　円　合計　　　 　 　円