

見本

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	サイタマ	ケンヤク	印
氏名	姓 埼玉	名 県薬	
生年月日	大正・昭和・平成 ○○年 ○○月 ○○日	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
自宅住所	〒○○○-○○○ ○○県○○市○○町○○-○○-○○ 電話 ○○○-○○○-○○○○ Fax ○○○-○○○-○○○○		
法人名・代表者氏名	※記入不要		
フリガナ	○○ダイガクヤクガクブ		
店舗(勤務先)名称	※学校名称と現在の学年をご記入ください ○○大学薬学部 (○年生)		
店舗(勤務先)所在地	〒○○○-○○○ ※学校の住所をご記入ください(埼玉県内の大学の場合は省略可) ○○県○○市○○町○○-○○-○○ 電話 ○○○-○○○-○○○○ Fax ○○○-○○○-○○○○		
分類	<input type="checkbox"/> 保険薬局 <input type="checkbox"/> 非保険薬局 <input type="checkbox"/> 店舗販売業 <input type="checkbox"/> 卸売販売業 <input type="checkbox"/> 病院・診療所 <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"/> 無職 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (学生)		
会費区分	<input type="checkbox"/> 管理薬剤師 (A会員) <input type="checkbox"/> その他の薬剤師・無職 (B会員) <input checked="" type="checkbox"/> 非薬剤師 (賛助会員)		
書類送付先	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 (○○市 ※自宅(県内に限る)もしくは大学所在地の地域薬剤師会に情報提供します。ご希望所属地域を記入ください)		
メールアドレス	記入いただいたメールアドレスは、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)。 ○○○○○○○○@gmail.com		

(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>

確認年月日(年号) 年 月 日
地域薬剤師会名 _____
代表者 _____ 印 _____

<県薬使用欄>

受付年月日(年号) 年 月 日
入会金 _____ 円 諸経費 _____ 円
会費 _____ 円 合計 _____ 円

記入不要