

入会申込書

令和 年 月 日

地域薬剤師会名

地域薬剤師会 責任者名

印

(責任者の印を受けてから市薬事務局へ送付願います。)

3 × 4 cm
 ※会員証 作成上、
 直接貼付けずにク
 リップ等でとめて
 ください
 (作成料¥2,000-)

会員種別	正会員 I	()開局薬剤師 又は()管理薬剤師 (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 (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 (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。					
ふりがな						
氏名						
生年月日	昭・平	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						
薬局電話	-	-	薬局FAX	-	-	
薬局E-Mailアドレス	@					
出身校	昭・平・令	年	月	日	卒	
薬剤師 登録年月日	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します。

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