

入 会 申 込 書

令和 年 月 日

**写真貼付
3×4cm**

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 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	大・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	大・昭・平・令	年	月	日	卒	
薬 剤 師 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