

正会員入会申込書

平成 年 月 日

京都府薬剤師会
会長 殿

入会希望年月 平成 年 月

貴会の定款並びに細則の規定に基づいて入会を申込みます。

フリガナ			性別
氏名		⑩	男女
住所	(自宅住所・TEL・FAX・メールアドレス等の個人情報は公開されません)		
	〒		
	TEL:	FAX:	
	携帯:	E-mail:	@
生年月日(西暦)	年 月 日	薬剤師登録番号	第 号
出身校名		卒業年	昭和・平成 年 月
大学院・修士		修了年	昭和・平成 年 月
大学院・博士		修了年	昭和・平成 年 月

フリガナ		病床数
勤務先の名称		床
所属部署名称	<input type="checkbox"/> 薬剤部 <input type="checkbox"/> 薬剤科 <input type="checkbox"/> 薬剤課 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> その他 ()	
所在地	〒	
	TEL:	FAX:
	E-mail:	@

業態	保険薬局	非保険薬局	病院診療所	臨床検査	教育・研究
	行政	製薬・輸入	一般販売業	卸売販売業	薬種商
	その他	無職	学生	店舗販売業	
業態種別	開設者	法人代表者	その他	備考欄	
薬剤師区分	管理薬剤師	その他の薬剤師			
管理薬剤師	新規店舗	新規(支店)店舗		開設者未入会店舗	
	変更(前任者名		・ 退会 する しない)		

会誌発送先	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅	自宅へ月2回のメールマガジンの送付を
会費請求書発送先	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> しない

*既に他府県で日本病院薬剤師会に入会されている方はご記入ください。	前勤務先名:()
	都道府県名:() 日病薬会員番号()

記入上の注意

- 入会は入会希望年月にご記入いただきました月に処理します。なお、会費は入会希望月分から納入して下さい。
- 「業態」「業態種別」は、該当の文字を○で囲んで下さい。
- 「薬剤師区分」は、管理薬剤師の方は「管理薬剤師」を、管理薬剤師以外の方は「その他の薬剤師」を○で囲んで下さい。
- 「管理薬剤師」欄 下記により該当箇所を○で囲んで下さい。
 - ・新規店舗－開設者が府内にはじめて薬局等を開設した場合。 ・新規(支店)店舗－開設者が支店を新たに開設した場合。
 - ・開設者未入会店舗－開設者が薬剤師会非会員であって、管理薬剤師が店舗と関係なく個人として薬剤師会に入会する場合。
 - ・変更－管理薬剤師の変更の場合。この時は、前任者の氏名を()内に記入し退会の有無を記入して下さい。