

年 月 日

## 緑区薬剤師会 入会申込書

緑区薬剤師会 会長 殿

下記のとおり入会を申し込みます。

会 員	フリガナ					印	性別	男女
	氏名							
員	生年月日	昭和 平成		年	月	日	/	
	出身校			卒業年度:	年度	薬剤師番号		
自 宅	住所	〒		E-Mailアドレス				
自 宅	電話番号			FAX番号				
店 舗 又 は 勤 務 先	所在地	〒		E-Mailアドレス				
	店舗又は 勤務先名称							
	電話番号			FAX番号				
*法人名			電話番号					
*法人名は店舗名と異なる場合に記入して下さい								
分 類  (各欄の該 当に○)	業務種別	個人開設者	法人代表者	勤務者	個人		/	
	事業内容	保険薬局	薬局(調剤しない)	一般販売業	その他			
	薬剤師区分	管理薬剤師	その他の薬剤師		/			
	加入状況	薬剤師国保						

休日診に出勤 ( できる できない )	できる場合 保険薬剤師登録票のコピー提出
夜間診に出勤 ( できる できない )	できる場合 保険薬剤師登録票のコピー提出

★学校薬剤師(横浜市薬剤師会入会) ( できる できない )	★学校に空きが出た場合
--------------------------------	-------------

区薬承認欄	会 長	印	会 計	印
-------	-----	---	-----	---