

年 月 日

緑 区 薬 剤 師 会  
公益社団法人緑区薬事センター

入会申込書

緑区薬剤師会 会長 殿

公益社団法人 緑区薬事センター 理事長 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	第	号
自 宅	住 所	〒	E-Mailアドレス				
店 舗 又 は 勤 務 先	所在地	〒					
	店舗又は勤務先名称						
店 舗 又 は 勤 務 先	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							
(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・薬剤師免許書のコピー提出
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・薬剤師免許書のコピー提出

★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
--

承認欄	会 長 理 事 長	印	会 計	印
-----	--------------	---	-----	---