

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。

入会希望日	年 月	提出日	年 月 日				
会 員	フリガナ				印	性 別	男 女
	氏 名						
員	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日			薬剤師番号 第 号		
	出身校	卒業年度: 年度					
自 宅	住 所	〒	個人E-Mailアドレス				
	電 話	FAX兼		携帯電話			
店 舗 又 は 勤 務 先	店舗又は勤務先名称						
	所在地	〒	店舗E-Mailアドレス				
	電 話			FAX			
	法人名			法人電話			
※法人名・法人電話は店舗と異なる場合に記入							
(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	※必須(いずれかに必ず○)	
	事業内容	保険薬局	薬局(調剤しない)	一般販売業	その他	※必須(いずれかに必ず○)	
	薬剤師区分	管理薬剤師	その他の薬剤師	非薬剤師	※必須(いずれかに必ず○)		
	加入状況	薬剤師国保	市薬	県薬	※加入の場合に○		

休日診に出勤 ( できる できない ) ※出勤の場合、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 ) ※出勤の場合、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 ( できる できない ) ※1 学校に空きが出た場合 ※2 市薬又は県薬の入会必須	
電磁的方法による交付 ( 承諾する 承諾しない )	※勤務先その他にパソコンやスマホがなく、郵送等による紙の書類の受取しかできない場合、承諾しない

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