

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							
	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	/		
	出身校	卒業年度:		年度	薬剤師番号			
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
-----	--------------	---	-----	---