都筑区薬剤師会 入会申込書

様式−１　開設者会員入会申込　　　申請日　　年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名（ふりがな） | 生年月日（西暦で）　　　　　年　　　月　　　日 |
| 自宅住所 | 〒 |
| 自宅固定電話 |  |
| 本人携帯電話 |  |
| 個人メールアドレス |  |
| 出身校および薬剤師登録番号,登録年月日 | （薬剤師免許を取得している者のみ） |
| 会員薬局名 | （開局している薬局名） |
| 会員薬局住所 | 〒 |
| 会員薬局電話 |  FAX |
| 法人名 |  |
| メールアドレス | （都筑区薬剤師会からの会員情報を受け取るアドレス） |
| 入会希望年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 |
| 都筑区夜間休日診療所 | 希望する：希望しない |
| 学校薬剤師 | 希望する：希望しない |
| 学生実務実習受入薬局 | 希望する：希望しない |
| 災害時協力 | 希望する：希望しない |
| 会費口座振替 | 希望する：希望しない |

|  |
| --- |
| 事務局使用欄　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　2022,6月改訂　　　　　　　　　　 |
| 会員名簿班名簿登録 | メール登録 | 入金確認 | 会員ML登録 | 部会ML登録 | HPパスワード連絡 | 市薬･連盟関係 | 理事会報告 |