

入会申込書

一般社団法人青森県学校薬剤師会 会長 殿

一般社団法人青森県学校薬剤師会の定款に同意し、次のとおり入会を申し込みます。

会員名簿へ掲載不可の項目へ×印をお願いします。×印が無い場合、会員名簿へ掲載いたします。

		学校薬剤師就任予定日		年 月 日		
会員	氏 名	姓	名	印	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
		フリガナ				
	生年月日	年 月 日	薬剤師登録番号	第 号		
	出身大学	4年制・6年制 ←○印を付してください		薬剤師登録日	年 月 日	
		卒業年 年 卒		所属支部名		
勤務先	所在地	〒	都道 府県			
	建物号室					
	勤務先名					
	法人の名称	開設者・ 法人代表者氏名				
	電話番号	-	-	FAX番号	-	-
自宅	住所	〒	都道 府県			
	建物号室					
	電話番号	-	-	FAX番号	-	-
分類区分	封書等送付先	勤務先	自宅	【記入上のご注意】		
	業 務 種 別	保険薬局	非保険薬局	病診薬局	教育・研究	
		行政	製薬・輸入	卸売一般販売業	店舗販売業	
		無職	学 生	その他		
	薬剤師区分	管理薬剤師	その他薬剤師			
E-Mail アドレス	@					
インターネット環境無し	←インターネット環境が無い場合は○印を付してください。					
備 考						
担当校名						