

# 入会申込書

多摩区薬剤師会会長 殿  
私は多摩区薬剤師会の入会を申し込みます

|                 |                                                                                                                                |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 会員              | ふりがな<br><br>氏名 ⑩<br><br>生年月日<br><br>出身校 卒業年度 年度<br><br>薬剤師番号第 号                                                                |
| 店舗<br>又は<br>勤務先 | 所在地 〒<br><br>名称<br><br>開設者(法人にあっては主たる事務所の所在地、法人の名称及び代表者氏名)<br>氏名<br><br>住所<br><br>管理薬剤師氏名<br><br>電話番号<br>FAX 番号<br>E-mail アドレス |
| 会員自宅            | 住所 〒<br><br>電話番号及び FAX 番号<br>E-mail アドレス                                                                                       |
| 店舗勤務先業態         | 保険薬局・薬局・一般販売業<br>その他( )                                                                                                        |
| 業務種類            | 開設者 ・ 勤務者                                                                                                                      |
| 薬剤師区分           | 管理薬剤師 ・ その他の薬剤師 ・ 非薬剤師                                                                                                         |