

公益社団法人大和綾瀬薬剤師会入会申込書

平成 年 月 日

公益社団法人大和綾瀬薬剤師会

会長 小川原 悟 殿

この度、私は公益社団法人大和綾瀬薬剤師会の設立趣旨に基づく事業活動に会員として協力参加したく（A-1・A-2・B-1・B-2・C）会員として、入会を申し込みます。

入会後は、公益社団法人大和綾瀬薬剤師会の事業活動に積極的に参加いたします。また主務官庁（神奈川県薬務課・関東信越厚生局・厚木保健福祉事務所大和センター等）の指導事項を遵守し保険調剤医薬品の販売等に関し、適正な業務を行うことを誓います。

入会希望者名経歴等（会員区分：A-1・A-2・B-1・B-2・C会員）【会費支払区分：個人・勤務先】

ふりがな

氏名

生年月日 年 月 日生 (男・女)

ふりがな

住所（自宅）〒

電話 FAX

E-Mailアドレス

資格 薬剤師・非薬剤師・薬種商 (開設者・管理薬剤師・その他)

薬剤師登録番号 第 号

登録年月日 年 月 日

保険薬剤師登録（有・無）神奈川県（県外・ ）登録番号 薬 号

出身校名 学部 学科 年度卒業

勤務先施設・開設者名等

ふりがな

施設名称

ふりがな

所在地〒

電話 FAX

E-Mailアドレス

職種別（該当○印）：保険薬局・一般薬局・一般販売業・卸売り販売業・薬種商販売業
病院・その他

ふりがな

開設者名（法人名称）

ふりがな

法人代表者氏名

ふりがな

住所（所在地）〒

電話 FAX