

入会申込書（開設会員用）

年 月 日

神奈川県薬剤師会会長殿

氏名
記入者
TEL

店舗情報	フリガナ			
	店名			
	所在地	〒221- 神奈川県		
	TEL	045- -	FAX	045- -
	メールアドレス			
	HPアドレス			
	業務種別	薬局（保険薬局指定： 有・無）・店舗販売業・その他		
開設者	フリガナ			
	氏名	印		
	住所	〒 -	TEL ()	-
	・連絡先		FAX ()	-
管理薬剤師	フリガナ	薬剤師名簿登録番号：第 号		
	氏名	名簿登録日：昭和・平成 年 月 日		
		保険薬剤師登録： 有・無		
	出身校名	昭和・平成 年 月卒		
略図（最寄り駅または近隣薬局から）		入会状況（加入のものに○印）		
		県薬・市薬		
		会使用欄		
		受付	年月日	
		承認	年月日	
		会計使用欄		
		入会金	円	
		会費	月～月 円	
集金方法	振込（手数料自己負担） ・口座振替			