

# 入会申込書（個人会員用）

年 月 日

神奈川県薬剤師会会長殿

本人情報	フリガナ			
	氏名	印		
	住所	〒 ー		
		※ご記入いただいた住所の利用目的は請求書の送付と会報、研修会その他のお知らせの送付に限ります。それ以外の目的では使用いたしません。 <input type="checkbox"/> 上記の個人情報の利用目的を了解し、情報提供に同意します。		
	連絡先	<input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> メールアドレス		
		薬剤師名簿登録番号：第 ー 号 名簿登録日：昭和・平成 ー 年 ー 月 ー 日		
	保険薬剤師登録	有 ・ 無		
	出身校名	昭和・平成 ー 年 ー 月卒		
勤務店舗情報 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	フリガナ			
	店名			
	所在地	〒 ー		
	TEL	ー ー	FAX	ー ー
	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		
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		
		<b>会使用欄</b>		
		受付	年 月 日	
		承認	年 月 日	
		<b>会計使用欄</b>		
		入会金	円	
		会費	月～ 月 円	
		集金方法	振込（手数料自己負担） ・ <input type="checkbox"/> 座振替	