

入会申込書 (個人会員用)

年 月 日

神奈川県薬剤師会会長 殿

必 須 項 目				
本 人 情 報	フリガナ			
	氏 名	印		
	住 所	〒 — 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	TEL (自宅、携帯どちらでも可)	— —	
		FAX または メールアドレス (どちらかは必ず記載してください)		
		薬剤師名簿登録番号：第 — 号 名簿登録日：昭和・平成・令和 — 年 — 月 — 日		
	保険薬剤師登録	有 ・ 無		
出身校名	昭和・平成・令和 — 年 — 月卒			
請 求 先 情 報	請 求 先 名	本人情報と同じ <input type="checkbox"/>		
	請 求 先 住 所	本人情報と同じ <input type="checkbox"/>		
入会状況		県 薬 ・ 市 薬 (加入のものに○印)		
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	〒 —		
	TEL	— —	FAX	— —
	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)			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			