

# 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

必 須 項 目				
店 舗 情 報	フリガナ			
	店 名			
	所 在 地	〒221- 神奈川県		
	TEL	045- -	FAX	045- -
	MAIL			
	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 (連絡先)	〒 -	TEL ( ) - FAX ( ) -	
	出身校名	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 卒		
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・令和 年 月 日		
	出身校名	保険薬剤師登録： 有 ・ 無		
請 求 先	請求先名	店舗情報と同じ <input type="checkbox"/>		
	請求先住所	店舗情報と同じ <input type="checkbox"/> 〒 -		
入会状況	あり（県薬・市薬）・なし ※加入のものに○印			
任 意 項 目				
店舗 HP アドレス				
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		
	集金方法	<input type="checkbox"/> 振込（手数料自己負担） <input type="checkbox"/> 口座振替		

# 薬局情報

※ご記入いただいた情報は神奈川県薬剤師会 HP に掲載させていただきます。それ以外の目的では使用いたしません。

上記の情報の利用目的を了解し、情報提供に同意します。

チェックしていただいた場合のみ下記項目の記載をお願い致します。

必 須 項 目	
フリガナ	
薬 局 名	
住 所	〒 2 2 1 - 神奈川県
T E L	0 4 5 -        -
任 意 項 目	
F A X	0 4 5 -        -
営 業 時 間	
休 業 日	
ホームページ	
メールアドレス	
補 足 情 報	
処方箋調剤	あり ・ なし その他 ( )
一般医薬品の 取り扱い	あり ・ なし その他 ( )
一般化粧品の 取り扱い	あり ・ なし その他 ( )
制度化粧品の 取り扱い	あり ・ なし その他 ( )
一般雑貨の 取り扱い	あり ・ なし その他 ( )
介護用品の 取り扱い	あり ・ なし その他 ( )
健康食品の 取り扱い	あり ・ なし その他 ( )
食品の 取り扱い	あり ・ なし その他 ( )
その他 サービス	