

入会申込書

(西暦) 年 月 日

一般社団法人 吹田市薬剤師会 会長殿

貴薬剤師会の趣旨に賛同し、入会を申し込みます。

入会が許可された場合には、貴会の定款をはじめ諸規程を遵守することを誓約いたします。

※□には必ずレ点をつけて下さい。

入 会 者	フリガナ							
	氏 名							
	生年月日	西暦	年	月	日	薬剤師名簿 登録番号	第	号
	出身大学					卒業年月(西暦)	年	月卒
	自宅住所	〒						
	電話番号				FAX番号			
	メールアドレス							
勤 務 先 (店 舗 名) 及 び 経 営 者	※法人代表者及び個人開設者の方は入会対象店舗について、勤務者の方は勤務先についてご記入下さい。							
	フリガナ							
	勤務先名 (店舗名)							
	所在地	〒						
	電話番号				FAX番号			
	メールアドレス							
	法人名称 ※法人の場合のみ				法人代表者名 又は個人開設者名			
法人所在地 又は開設者住所	〒							
法人電話番号 又は開設者電話番号				法人FAX番号 又は開設者FAX番号				
業務種別	☐ 法人代表者 ☐ 開設者(個人) ☐ 勤務者 ☐ 無職							
会員区分	☐ 管理薬剤師 ☐ その他薬剤師 ☐ 薬剤師以外(賛助会員)							
※個人会員(フリー会員)として入会希望 ☐ ←個人会員として入会希望の場合のみ□にレ点をつけて下さい。								
備 考	※連絡事項等、ご記入下さい。							