

# 川崎区薬剤師会入会申請書

川崎区薬剤師会会長殿

申請年月日 平成 年 月 日

入会確認事項（必ず下記の事項を守ります）	
1、会の行事には積極的に参加する。 （健康フェア、研修会、市民祭り 等）	3、会の方針である面分業の推進に積極的に協力する。
2、会則は必ず遵守する。	4、多店舗の場合は全店個々に入会すること。

開設者  薬剤師  非薬剤師

管理薬剤師  勤務薬剤師

フリガナ			
氏名			
生年月日	大・昭・平	年	月 日
出身学校名			
年齢	才	昭・平	年卒

フリガナ			
氏名			
生年月日	大・昭・平	年	月 日
出身薬大名			
年齢	才	昭・平	年卒

店舗名			
住所	〒□□□-□□□□		
電話番号	—	FAX番号	—
フリガナ			
E-mailアドレス	@		
分類	<input type="checkbox"/> 保険薬局 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 店舗販売業 <input type="checkbox"/> 個人会員		
(公社) 神奈川県薬剤師会加入の有無	開設者	<input type="checkbox"/> 加入済	<input type="checkbox"/> 未加入 <input type="checkbox"/> 加入予定
	管理薬剤師	<input type="checkbox"/> 加入済	<input type="checkbox"/> 未加入 <input type="checkbox"/> 加入予定
(一社) 川崎市薬剤師会加入の有無	開設者	<input type="checkbox"/> 加入済	<input type="checkbox"/> 未加入 <input type="checkbox"/> 加入予定
	管理薬剤師	<input type="checkbox"/> 加入済	<input type="checkbox"/> 未加入 <input type="checkbox"/> 加入予定