

# 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 令和 年 月 日

**【入会確認事項】**

下記のことを必ず守ります。

- 1、会の行事には積極的に参加する。（総会・健康フェア・研修会・市民祭り等）
- 2、会則は必ず遵守する。
- 3、会の方針である面分業の推進に積極的に協力する。
- 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

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

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	
出身薬大名					
年齢	才	性別	男・女	昭・平	年卒

店舗名				
住所	〒□□□—□□□□			
電話番号	—			
Fax 番号	—			
E-mail アドレス	@			
分類	<input type="checkbox"/> 保険薬局 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 一般販売業 <input type="checkbox"/> 個人会員			
(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
(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