

(一社) 香川県薬剤師会会長 殿
(公社) 日本薬剤師会会長 殿

記入例

令和3年7月1日

入会申込書 (正会員・準会員・賛助会員)

貴会の会員 (正会員・準会員・賛助会員) として入会したいので、貴会の定款及び細則の規定に基づき、且つ個人情報の取扱いについて同意し、下記書類を添えて申し込みます。

現在の職歴まで記入してください。

- 添付書類 1. 履歴書 (県外の履歴においては県名を記載すること)
-
2. 準会員、賛助会員として入会希望の場合は、薬局開設に係る許可証等の写し

※太枠内に記入してください。

入会者	フリガナ	タカマツ		ハナコ		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女
	氏名	高松		花子		薬剤師免許番号	
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 令和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成	3年10月21日			第123456号	
勤務先	出身校名	徳島文理大学薬学部		卒業年度	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 令和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成	26年度	
	所在地	〒760-0000 高松市〇〇町〇-〇		卒業年ではなく卒業年度を記入してください。			
	勤務先名称	〇〇薬局					
先	法人の名称	株式会社〇〇					
	開設者・法人代表者の氏名	代表取締役 〇〇 〇〇					
	電話番号	087-123-4567		FAX番号	087-123-4568		
自宅	住所	〒760-0000 高松市〇〇町〇-〇 〇〇マンション102号					
	電話番号	087-234-5678		FAX番号	087-234-5679		
	日	雑誌配送先	<input checked="" type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅				
薬用	勤務先業態	<input checked="" type="checkbox"/> 保険薬局 <input type="checkbox"/> 非保険薬局	<input type="checkbox"/> 病診薬局	<input type="checkbox"/> 臨床検査			
		<input type="checkbox"/> 教育・研究 <input type="checkbox"/> 行政	<input type="checkbox"/> 製薬・輸入	<input type="checkbox"/> 卸売販売業			
	業務種別	<input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 学生	<input type="checkbox"/> 店舗販売業	<input type="checkbox"/> その他			
区分	薬剤師区分	<input checked="" type="checkbox"/> 管理薬剤師 <input type="checkbox"/> その他の薬剤師					
	学校薬剤師区分	<input type="checkbox"/> 学校薬剤師 <input checked="" type="checkbox"/> 非学校薬剤師					
分	会員区分	<input type="checkbox"/> 正会員 <input type="checkbox"/> 賛助会員	<input type="checkbox"/> 準会員	<input type="checkbox"/> 特別会員			
	会費区分	<input type="checkbox"/> A会員 <input type="checkbox"/> B会員	<input type="checkbox"/> D会員				
入会金支払方法		<input type="checkbox"/> 個人払い <input checked="" type="checkbox"/> 会社払い	会費支払方法		<input type="checkbox"/> 個人払い <input checked="" type="checkbox"/> 会社払い		
連絡先担当者		〇〇 〇〇		連絡先TEL		087-123-4567	

(一社) 香川県薬剤師会会長 殿
 (公社) 日本薬剤師会会長 殿

年 月 日

入会申込書（正会員・準会員・賛助会員）

貴会の会員（正会員・準会員・賛助会員）として入会したいので、貴会の定款及び細則の規定に基づき、且つ個人情報の取扱いについて同意し、下記書類を添えて申し込みます。

- 添付書類 1. 履歴書（県外の履歴においては県名を記載すること）
 2. 準会員、賛助会員として入会希望の場合は、薬局開設に係る許可証等の写し

※太枠内に記入してください。

入 会 者	フリガナ					性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
	氏名	姓	名				薬剤師免許番号		
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 令和		年	月	日	第	号	
	出身校名			卒業年度	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 令和		年度		
勤 務 先	所在地	〒 -							
	勤務先名称								
	法人の名称								
	開設者・法人代表者の氏名								
	電話番号	-	-	FAX番号	-	-			
	メールアドレス								
自 宅	住所	〒 -							
	電話番号	-	-	FAX番号	-	-			
	雑誌配送先	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅							
分 類 区 分	薬 用	勤務先業態	<input type="checkbox"/> 保険薬局 <input type="checkbox"/> 非保険薬局		<input type="checkbox"/> 病診薬局 <input type="checkbox"/> 臨床検査				
		業務種別	<input type="checkbox"/> 教育・研究 <input type="checkbox"/> 行政		<input type="checkbox"/> 製薬・輸入 <input type="checkbox"/> 卸売販売業				
		薬剤師区分	<input type="checkbox"/> 管理薬剤師 <input type="checkbox"/> その他の薬剤師						
	学校薬剤師区分	<input type="checkbox"/> 学校薬剤師 <input type="checkbox"/> 非学校薬剤師							
分 類 区 分	県 薬 用	会員区分	<input type="checkbox"/> 正会員 <input type="checkbox"/> 賛助会員		<input type="checkbox"/> 準会員 <input type="checkbox"/> 特別会員				
		会費区分	<input type="checkbox"/> A会員 <input type="checkbox"/> B会員		<input type="checkbox"/> D会員				
入会金支払方法		<input type="checkbox"/> 個人払い <input type="checkbox"/> 会社払い		会費支払方法		<input type="checkbox"/> 個人払い <input type="checkbox"/> 会社払い			
連絡先担当者				連絡先TEL		- -			