

中原区薬剤師会入会申込書

中原区薬剤師会会長殿

令和 年 月 日

(店舗ごとの入会になります、店舗への所属がない方の入会希望者は個人会員となります)

店舗名	フリガナ		
管理薬剤師	フリガナ 氏名		
	生年月日	昭・平 年 月 日	性別 男・女
個人会員の場合 氏名等	フリガナ 氏名		
	生年月日	昭・平 年 月 日	性別 男・女
店舗住所又は個人会員の場合は 自宅住所	〒 ー		
電話番号		FAX番号	
e-Mail			
開設者氏名（法人の場合 は名称、代表者名、所在地）	開設者氏名等（法人以外）	フリガナ 氏名	
		生年月日	昭・平 年 月 日 性別 男・女
	法人の場合の名称、代表者名、所在地	フリガナ 名称 代表者名	
	所在地	〒 ー	
分類	<input type="checkbox"/> 保険薬局 <input type="checkbox"/> 非保険薬局 <input type="checkbox"/> 個人会員 <input type="checkbox"/> その他 ()		
神奈川県薬剤師会加入状況	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
	個人会員の場合	<input type="checkbox"/> 加入済	<input type="checkbox"/> 未加入 <input type="checkbox"/> 加入予定
川崎市薬剤師会加入状況	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
	個人会員の場合	<input type="checkbox"/> 加入済	<input type="checkbox"/> 未加入 <input type="checkbox"/> 加入予定

- 入会確認事項
- 1.会の行事には積極的に参加する（例会、新年会、夏季レクリエーション、健康フェスティバル、研修会等）
 - 2.会則は必ず厳守する
 - 3.多店舗の場合は全店個々に加入する

受付年月日 令和 年 月 日