

名東薬剤師会 入会申込書

会長名

印

申 込 年 月 日	年 月 日
会 員 種 別	A会員 ・ B(日薬) ・ B(非日薬)
フ リ ガ ナ	
氏 名	
薬 剤 師 登 録 番 号	第 号
生 年 月 日	T ・ S ・ H 年 月 日
郵 便 番 号	
自 宅 住 所	
電 話 番 号	() — ・ 無し
F A X 番 号	() — ・ 無し
携 帯 電 話	・ 無し
e-mail (個 人)	・ 無し
メーリングリスト登録希望	個人 ・ 店舗 ・ 両方
実務実習指導薬剤師	有り ・ 無し

勤務する薬局等の登録情報 (B会員申込の方は※印のみで結構です)

開設(予定)年月日	
※ 薬 局 (薬 店) 名	
許 可 証 の 種 類	
郵 便 番 号	
※ 住 所	
※ 電 話 番 号	() —
※ F A X 番 号	() —
営 業 時 間 1	
営 業 時 間 2	
営 業 時 間 3	
定 休 日	
※ e-mail (店 舗 P C)	・ 無し
麻 薬 取 扱 い	有り ・ 無し
薬 局 製 剤 製 造 販 売 許 可	有り ・ 無し

開 設 者	
開 設 者 住 所	
電 話 番 号	