

## 入会申込書

一般社団法人川崎市薬剤師会 会長様

令和 年 月 日

私は、一般社団法人川崎市薬剤師会の趣旨に賛同し、会員の入会を申し込みます。

会員	フリガナ	生年月日	S・H	年	月	日	
	氏名	(印)	性別	男・女			
			保険薬剤師資格	有 無			
	薬剤師名簿登録番号 第 号	登録年月日	S・H・R	年	月	日	
出身大学							
自宅	〒 -					TEL:	
						FAX:	
e-mail アドレス							
店舗名	フリガナ	住所 〒 -					
	(薬局開設許可証の“薬局の名称”を記入してください)						
	TEL:			FAX:			
e-mail アドレス							
店舗・勤務先	フリガナ	住所 〒 -					
	(代表者名) _____						
TEL:			FAX:				
及び法人	保険医療機関コード						
	業態別	1 保険薬局 2 非保険薬局 3 一般販売業 4 薬種商販売業 5 店舗販売業 6 卸売販売業 7 その他( )					
	薬局開設許可番号	第 号	薬局医薬品製造販売業許可番号	第 号			
	許可満了年月日	令和 年 月 日	許可満了年月日	令和 年 月 日			
	毒劇物販売業登録番号	第 号	薬局医薬品製造業許可番号	第 号			
	許可満了年月日	令和 年 月 日	許可満了年月日	令和 年 月 日			
	業務種別	1 開設者 2 勤務薬剤師 3 その他・薬事関係者( )					
		薬剤師区分	1 管理薬剤師 2 その他の薬剤師				
	(公)神奈川県 薬剤師会への加入	【入会申込者名】 _____			【個人名 又は 法人名】 _____		
		□ 加入 □ 未加入			(法人にあたっては代表者名) _____ □ 加入 □ 未加入		
区薬剤師会への加入	□ 加入 □ 未加入			□ 加入 □ 未加入			

会長承認年月日 年 月 日

理事会報告年月日 年 月 日 入会金納入年月日 年 月 日

会長

(印)