

**令和8年度入会金無料キャンペーン（事前予約用）**  
**入会申込書**

令和 8 年 4 月 1 日

一般社団法人川崎市薬剤師会 会長様

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		性別	男・女	
	印		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	
自宅			出身大学		
	〒 -			TEL:	
				FAX:	
e-mail アドレス					
店舗名	フリガナ <small>薬局開設許可証の“薬局の名称”を記入してください</small>	住所 〒 -			
		TEL:	FAX:		
e-mail アドレス					
店舗・勤務先 法人名	フリガナ <small>(代表者名) _____</small>	住所 〒 -			
		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	
	区薬剤師会への加入	<input type="checkbox"/> 加入する		区薬への加入がキャンペーン対象の必須項目です 必ずチェックをお願いいたします	

※会費のお振込みにつきましては4月以降改めてご連絡いたします。