

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	(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 ・ 勤 務 先  及 び 法 人	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							
	法 人 名	フリガナ	住 所 〒                  -					
		(代表者名) _____		TEL:		FAX:		
	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				
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。