

貴薬剤師会の定款及び細則の規定に基づき、且つ個人情報の取扱いについて同意し入会を申込みます。

1.入会者は、太線の枠内のみご記入ください。

会員番号		都道府県薬名		広島		支部名		
会	氏名						性別	
	フリガナ						<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
員	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	薬剤師番号	第	
	出身校名	<input type="checkbox"/> 昭和					号	
勤務先	所在地	〒 (郵便番号は7桁を必ずご記入ください)						
	勤務先名称							
	法人の名称 (個人の場合は空欄)							
	開設者・ 法人代表者の氏名							
	電話番号	— —			FAX番号	— —		
	メールアドレス							
自宅	住所	〒 (郵便番号は7桁を必ずご記入ください)						
	電話番号	— —			FAX番号	— —		
分類	雑誌発送先	<input type="checkbox"/> 勤務先	<input type="checkbox"/> 自宅					
	勤務先態	<input type="checkbox"/> 保険薬局	<input type="checkbox"/> 非保険薬局	<input type="checkbox"/> 病診薬局	<input type="checkbox"/> 臨床検査	<input type="checkbox"/> 教育・研究		
		<input type="checkbox"/> 行政	<input type="checkbox"/> 製薬・輸入	<input type="checkbox"/> 卸売販売業	<input type="checkbox"/> 無職	<input type="checkbox"/> 学生		
	業務種別	<input type="checkbox"/> 店舗販売業	<input type="checkbox"/> その他					
	薬剤師区分	<input type="checkbox"/> 開設者	<input type="checkbox"/> 病診薬局長	<input type="checkbox"/> 法人代表者	<input type="checkbox"/> その他			
学校薬剤師区分	<input type="checkbox"/> 管理薬剤師	<input type="checkbox"/> その他の薬剤師						
県薬用	地方薬剤師会における 会員区分	<input type="checkbox"/> 学校薬剤師	<input type="checkbox"/> 非学校薬剤師					
	会費区分	<input type="checkbox"/> 正会員	<input type="checkbox"/> 賛助会員	<input type="checkbox"/> 準会員	<input type="checkbox"/> 特別会員			
備考	旧姓:							
	学薬担当校:							

変更・訂正のあるところに☑を入れて下さい

[記入上のご注意]

- 変更・訂正のある行の左にチェックしてください。
- 薬剤師以外は、賛助会員とします。
- 出身校名は薬科大学(旧薬専)のみ記入してください。
- 姓と名の間はスペースを空けてください。
- 学校薬剤師の場合は備考欄に担当校を記入してください。
- 「法人の名称」及び「開設者・法人代表者の氏名」は薬局及び店舗販売業の方のみ記入してください。