

地区または職域薬剤師会名	北 区 薬 剤 師 会	承認印	会長名	印
--------------	-------------	-----	-----	---

北薬 2022年版 【様式1】

	DB登録	会計台帳

公益法人東京都薬剤師会会長 殿
東京都薬剤師連盟会長 殿

※公益社団法人東京都薬剤師会の定款並びに同施行細則の規定に基づいて入会を申し込みます。

※東京都薬剤師連盟の規約に基づいて入会を申し込みます。

■ 入会申込書 ■

※ 本申し込み書は、北区薬剤師会にご提出ください。

フリガナ		性別： <input type="checkbox"/> 男 / <input type="checkbox"/> 女		記入日	年 月 日	
氏 名		印		雑誌発送先	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅	
自宅住所		〒		職 種	<input type="checkbox"/> 保険薬局 (医療機関番号:)	
Tel		FAX			<input type="checkbox"/> 非保険薬局 <input type="checkbox"/> 病診薬局 <input type="checkbox"/> 臨床検査	
Tel		FAX			<input type="checkbox"/> 教育・研究 <input type="checkbox"/> 行 政 <input type="checkbox"/> 製薬輸入	
携帯電話		※災害時に安否確認メールを送ります。			<input type="checkbox"/> 卸売販売業 <input type="checkbox"/> 店舗販売業	
※必須		メール			<input type="checkbox"/> 無 職 <input type="checkbox"/> 学 生 <input type="checkbox"/> そ の 他	
薬剤師番号		第 号	保険薬剤師番号	業 務 種 別	<input type="checkbox"/> 開 設 者 <input type="checkbox"/> 病診薬局長	
出身大学 (大学院)		大学卒業年 月	<input type="checkbox"/> 昭和/ <input type="checkbox"/> 平成/ <input type="checkbox"/> 令和 年 月	<input type="checkbox"/> 法人代表者 <input type="checkbox"/> そ の 他		
勤務先名		※個人の場合は開設者名		薬剤師区分	<input type="checkbox"/> 管理薬剤師 <input type="checkbox"/> そ の 他	
法人名 (代表者名)		〒		会 員 種 別	正 会 員	<input type="checkbox"/> A 会 費 / <input type="checkbox"/> B 会 費
Tel		FAX			賛助会員	<input type="checkbox"/> C 会 費 (北薬のみ)
勤務先		ホームページ		学校薬剤師区分		
メールアドレス		<input type="checkbox"/> 非公開		学校薬剤師 <input type="checkbox"/> 学校薬剤師		
災害メール(必須項目です。) 停電時に受信可能であること。 未記入時は会員のメアドを使用				通 信 欄		
				※ メールアドレスの記入で、1(イチ)/I(エル)、0(ゼロ)/O(オー)、.(ピリオド)/_(アンダーバー)のように間違えやすい文字はご注意ください。		