小笠袋井薬剤師会入会申込書

一般社団法人小笠袋井薬剤師会

会長　様

　　　　年　　　月　　　日

薬剤師会の定款及び細則の規程に従い、且つ個人情報の取扱について同意し、一般社団法人小笠袋井薬剤師会への入会を申込みいたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 | （生年月日　S・H　　　　年　　　　月　　　　日） |
| 自宅住所 | 〒  （TEL　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 勤務先 | 名称  所在地　〒  （TEL　　　　　　　　　　　　／FAX　　　　　　　　　　　　　） |
| 入会区分 | 1.Ａ会員　　2.Ｂ会員 |
| 勤務先業態 | 1.薬局開設者  2.薬局管理薬剤師  3.その他（会員開設者又は会員管理薬剤師が属する薬局の勤務薬剤師） |

《添付書類》

＊新規の方は、日・県薬入会申込書・県薬提出用履歴書（写真付）

薬剤師免許証（写）保険薬剤師登録票(写)

＊移動転入の方は、日・県薬変更届・履歴書（写真付）

　薬剤師免許証（写）保険薬剤師登録票（写）