

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)