

公益社団法人大分市薬剤師会入会申込書

フリガナ				性別	男 ・ 女
入会者氏名					
生年月日	昭和・平成	年	月	日生	薬剤師免許書番号 第 号
出身校名 卒業年次	大 学		昭和・平成 年3月卒業		
勤務先	〒 _____ 勤務先名 _____				
	住 所 _____ _____				
	TEL (_____)-(_____)-(_____) FAX(_____)-(_____)-(_____)				
自宅	〒 _____ 住 所 _____ _____				
	TEL (_____)-(_____)-(_____)				
	日薬雑誌送付先	勤務先	自 宅	該当事項に○印	
分 類	職 種	保険薬局	非保険薬局	病診薬局	臨床検査
		教育・研究	行 政	製薬・輸入	一般販売業
		卸	無 職	そ の 他 (_____)	
区 分	業 務 種 別	開 設 者	病診薬局長	法人代表者	そ の 他
	薬 剤 師 区 分	管理薬剤師	勤務薬剤師		
	病院薬剤師会に	入会している	していない		
	所属薬剤師会 該当地域・職域薬剤師会に○印	大 分 ・ 別 府 ・ 中 津 ・ 宇 佐 ・ 豊後高田 ・ 国 東 杵 築 ・ 日 田 ・ 玖 珠 ・ 臼 津 ・ 豊後大野 ・ 佐 伯 坂ノ市 ・ 竹 田 ・ 病 診 ・ 行 政			
(備考)					
上記のとおり大分市薬剤師会への入会を申し込みます。 公益社団法人大分市薬剤師会会長 殿 平成 年 月 日 氏 名 印					

FAX097-545-2691