

【様式第4号】

一般社団法人佐伯市薬剤師会 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	薬剤師免許証番号 第 号	
出身校名 卒業年次	大 学			年 月卒業		
勤務先	〒 _____ 勤務先名 _____					
	住 所 _____ _____					
先	TEL (_____)-(_____)-(_____) FAX(_____)-(_____)-(_____)					
自宅	〒 _____ 住 所 _____ _____					
	TEL (_____)-(_____)-(_____)					
分類区分	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 (_____)		
	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)						
上記のとおり佐伯市薬剤師会への入会を申し込みます。						事務局
一般社団法人 佐伯市薬剤師会会長 殿						
年 月 日 氏 名						
						印

FAX 0972-22-9763