入　会　申　込　書

ふりがな 氏　　名		性別	生　年　月　日	
		男・女	大正･昭和･平成　　年　　月　　日	
自宅住所	〒 TEL：(　　)　　－　　FAX：(　　)　　－			
支 部 名				
勤務先 名　称				
勤務先 所在地	〒 TEL：(　　)　　－　　FAX：(　　)　　－			
勤務先 管理薬剤師	※保険薬局の場合のみ			
勤務先 開設者又は法人名･代表者	※薬局及び店舗販売業の場合のみ			
書類の送付先	□ 勤務先　□ 自　宅　※会報・日薬誌及び書類等の送付先			
職　種 (該当にレ点)	□保険薬局　□非保険薬局　□病院診療所　□臨床検査　□教育･研究　□行　政 □製薬･輸入　□卸売販売業　□店舗販売業　□無　職　□その他			
会員区分 (該当にレ点)	□ Ａ１会員 … 勤務先が法人又は保険薬局の管理薬剤師 □ Ａ２会員 … 勤務先が個人開設の管理薬剤師（A1 以外の管理薬剤師） □ Ｂ１会員 … 勤務先が病院及び診療所等の薬剤部門の長及び責任者 □ Ｂ２会員 … 上記以外の勤務者 □ Ｂ３会員 … 無職者 □ 賛助会員 … 薬剤師ではないが本会の目的及び事業に賛同し入会した個人及び企業・団体			
★出身校(大学院は除く)	昭和・平成・令和　　年　　月		大学卒	
★薬剤師登録年月日 薬剤師免許証番号	昭和・平成・令和　　年　　月　　日		号	
★アクリル製名札（日薬マーク入り）※実費をご負担いただきます。	□　要　　□　不 要			
日本薬剤師会 会 員　番 号 (他の都道府県で入会していた方のみ)		認定実務実習指導薬剤師 ※研修認定薬剤師ではありません (認定されている方のみ)	認定を受けた都道府県名 平成･令和　　年　　月　　日 認定番号	
薬剤師連盟 入会 (該当にレ点)	□ 岡山県薬剤師連盟会則に基づき、連盟の目的に賛同し、且つ個人情報の取り扱いについて同意し入会を申し込みます。		備考	

※　★欄　賛助会員は記入不要

（一社）岡山県薬剤師会 殿　岡山県薬剤師連盟 殿　（公社）日本薬剤師会 殿　日本薬剤師連盟 殿

貴薬剤師会の定款並びに細則に基づき、且つ個人情報の取り扱いについて同意し入会を申し込みます。

年　　月　　日

氏　名	私は、本届出を自身の意思に基づき提出します。 印

【提出方法】①原本の持参または郵送（氏名欄に、本人署名 または 記名押印 が必要です）
②電子メールへの PDF（または画像データ）添付による送付（氏名欄に、本人署名 が必要です）

《事務局使用欄》

（令和 8 年 7 月改正）