

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				
	所在地	〒 TEL : () - FAX : () -			
	管理薬剤師	※保険薬局の場合のみ			
	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	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自 宅		※会報・日薬誌及び書類等の送付先		
職 種 (該当にレ点)	<input type="checkbox"/> 保険薬局 <input type="checkbox"/> 非保険薬局 <input type="checkbox"/> 病院診療所 <input type="checkbox"/> 臨床検査 <input type="checkbox"/> 教育・研究 <input type="checkbox"/> 行 政 <input type="checkbox"/> 製薬・輸入 <input type="checkbox"/> 卸売販売業 <input type="checkbox"/> 店舗販売業 <input type="checkbox"/> 無 職 <input type="checkbox"/> その他				
会員区分 (該当にレ点)	<input type="checkbox"/> A 1 会員 … 勤務先が法人又は保険薬局の管理薬剤師 <input type="checkbox"/> A 2 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) <input type="checkbox"/> B 1 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 <input type="checkbox"/> B 2 会員 … 上記以外の勤務者 <input type="checkbox"/> B 3 会員 … 無職者 <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 要 ※1 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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		

※1 日本薬剤師会の入会キットに、会員証が入るネームケース付きのネックストラップ(日薬マーク入り)があります。

※ ★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

印

(必ず入会者本人が署名・捺印ください)