

入会申込書

会員番号						都道府県薬	岩手県	地域	
会員	氏名(必須)						氏名変更		
	フリガナ(同姓同名区別の為必須)						性別		
	生年月日(同姓同名区別の為必須)		昭和・平成 ・令和		年		月		日
	出身校名 (大学院、選科、専攻科等は入力できません)								
	卒業年月		昭和・平成 ・令和		年		月		
	薬剤師免許取得年月		昭和・平成 ・令和		年		月		
	薬剤師番号(同姓同名区別の為必須)								
勤務先	郵便番号		-						
	所在地	(都道府県)							
		(区市町村以降・丁目・地番・号数)							
		(建物号室)							
	勤務先名称								
	法人の名称								
	開設者・法人代表者の氏名								
	電話番号		()	-					
FAX番号		()	-						
自宅	郵便番号		-						
	所在地	(都道府県)							
		(区市町村以降・丁目・地番・号数)							
		(建物号室)							
	電話番号		()	-					
FAX番号		()	-						
分類区分	日薬用	雑誌発送先	勤務先・自宅						
		勤務先業態	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・卸売販売業・店舗販売業・その他・無職						
		業務種別	開設者(日薬正会員)・病診薬局長・法人代表者(日薬賛助会員)・その他						
		薬剤師区分	管理薬剤師・その他の薬剤師						
		学校薬剤師区分	学校薬剤師・非学校薬剤師						
備考									