

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		()		-				
区分等	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(勤務先が病診の場合のみ選択可能)・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								