

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										