公益社団法人大 分 県 薬 剤 師 会 入 会 申　込　書

ﾌﾘｶﾞﾅ		性 別	男　・　女
入会者氏名			
生 年 月 日	昭和・平成　　年　　月　　日生	薬剤師免許書番号　(必須) 第　　号	
出身校名 卒業年次	大　学	昭和・平成　　年３月度卒業	

勤務先	〒 勤務先名 住　所 TEL　(　　)-(　　)-(　　)　FAX(　　)-(　　)-(　　)
自宅	〒 住　所 TEL　(　　)-(　　)-(　　)

	日薬雑誌送付先	勤務先	自　宅		
分類区分	職　　種	保険薬局	非保険薬局	病診薬局	教育・研究
		行　　政	製薬・輸入	一般販売業	卸 売 業
		無　　職	そ　の　他		
	業　務　種　別	開 設 者	病診薬局長	法人代表者	そ の 他
	薬 剤 師 区 分	管理薬剤師	勤務薬剤師		
	病院薬剤師会に	入会している	していない		
	所属薬剤師会 該当地域・職域薬剤師会に○印	大　分・別　府・中　津・宇　佐・高　田・国　東 杵　築・日　田・玖　珠・臼　津・豊後大野・佐　伯 坂ノ市・竹　田・病　診・行　政			

(備考)

上記のとおり大分県薬剤師会・日本薬剤師会への入会を申し込みます。

公益社団法人大分県薬剤師会会長　殿

令和　　年　　月　　日

氏　　名　　印

■途中入会の場合、年度会費を添えて、所属薬剤師会へ提出ください。