

班 ー

旭区薬剤師会入会申込書

平成 年 月 日

旭区薬剤師会 会長殿

- 1) 正会員
- 2) 個人会員 として下記会員の入会を申し込みます。

会員	フリガナ				印	
	氏名				性別	
	生年月日		薬剤師 非薬剤師	保険薬剤師番号		
	出身校		卒業年度		薬剤師番号	
店舗・勤務先	郵便番号	所在地	旭区			
	店舗又は勤務先					
	電話番号			FAX 番号		
自宅	郵便番号	住所				
	携帯電話					
	電話番号			FAX 番号		
正会員のみ記入	店舗の業態	保険薬局	非保険薬局	店舗販売業	卸売販売業	その他 ( )
	保険薬局部会		入会する	しない		
	開設許可年月日					
	麻薬小売業許可		有	無		
	毒物劇物一般販売業登録の有無		有	無		
医薬品製造業許可		有	無			

業務種別	個人開設者	法人代表者	管理薬剤師	勤務薬剤師
神奈川県薬剤師会会員	入会している	していない		
横浜市薬剤師会会員	入会している	していない		
桜木町夜間急病センター	出動希望	する・しない	振込口座番号	
南西部夜間急病センター	出動希望	する・しない		
旭休日急患診療所	出動希望	する・しない		
備考				