

入会申込書

年 月 日

尾北薬剤師会 会長 殿

貴会への入会（A会員・B会員・C会員・賛助会員）を申し込みます。

自宅住所 〒

(フリガナ)

入会者氏名 印

生年月日 年 月 日 生

T E L () -

携帯電話 () -

メールアドレス

薬剤師登録番号 第 号

勤務する薬局等の調書

開設(予定)年月日*	年	月	日
店舗名称*			
許可証の種類 (○で囲む)	薬局(保険薬局・非保険薬局)・店舗販売業・その他()		
薬局住所	〒	-	
電話番号	()	-	
FAX番号	()	-	無し
営業時間			
定休日			
Eメールアドレス			無し
開設者氏名			
開設者住所			
電話番号	()	-	
備考*			

注：管理薬剤師の変更に伴う入会は※印（店舗名称と備考にその旨）のみ記入のこと