

# 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	（ ） —
F A X 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