

入会申込書・変更報告書

年 月 日

一般社団法人滋賀県薬剤師会会長 様

一般社団法人滋賀県薬剤師会定款および個人情報の取扱いについて同意し、入会・変更を申込(報告)します。

* 県薬コード	* 日薬会員番号
---------	----------

ふりがな			印	氏名変更 有・無
氏名			Ⓜ (旧姓:)	
生年月日	S・H 年 月 日	薬剤師名簿登録番号 及び登録年月日	第 号 S・H・R 年 月 日	性別 男・女
出身校名			卒業年度	S・H・R 年度
保険薬剤師番号 及び登録年月日	第 号 S・H・R 年 月 日	介護支援専門員 登録番号及び登録年月日	第 号 S・H・R 年 月 日	

変更の場合は変更(訂正)のある箇所に○を付けて、ご記入ください。

勤務先	所在地	郵便番号	〒 -	都道府県		
	勤務先名称			* コード		
	法人名称 (個人の場合は空欄)					
	開設者・法人 代表者の氏名					
	連絡先	TEL:	FAX:			
		メールアドレス:				

自宅	住所	郵便番号	〒 -	都道府県	
	連絡先	TEL:	FAX:		
		メールアドレス:			

区分	雑誌送付先	勤務先・自宅		会費請求先	勤務先・自宅・その他		
	勤務先形態	保険薬局	非保険薬局	病院診療所	臨床検査	教育・研究	行政
		製薬・輸入	店舗販売業	卸売販売業	無職	学生	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・その他薬剤師						
備考							

■ 該当入会会員区分の右枠内に○印をつけてください。

入会会員区分	4 BII会員(県薬BII/日薬B)
1 AI会員(県薬AI/日薬A)	5 C会員(県薬C/日薬B)
2 AII会員(県薬AII/日薬A)	6 賛助会員
3 BI会員(県薬BI/日薬B)	7 特別会員

地域・職域薬剤師会名	
------------	--