一般社団法人
港北区薬剤師会
Kouhoku-ku Pharmaceutical Association

事務局受付
／

入 会 申 込 書

会員種別（該当区分に☑）	会員区分	□正会員　□個人会員A　□個人会員B　□個人会員C
	勤務先業種	□薬　局　□店舗販売業　□病院診療所　□無　職　□その他（　　）
	職　位	□個人開設者　□法人代表者　□病院薬局長　□勤務者
	薬剤師区分	□管理薬剤師　□その他の薬剤師　□登録販売者　□その他（　　）
	加入団体	□日本薬剤師会　□神奈川県薬剤師会　□横浜市薬剤師会（正会員Ⅰ・正会員Ⅱ・賛助会員）
	次年度以降の会費支払方法	□指定口座より引き落とし（正会員の方はこちらを選択してください／年四回） ※請求書宛名　［　　］ □請求書（薬局払い／年一括）　□請求書（個人払／年一括）

会員	ふりがな	（姓）　（名）		性別	男・女
	氏　名				
	生年月日	昭・平　年（西暦　年）　月　日生			
	自宅住所	〒			
	電話番号	ー　ー	FAX番号	-　-	
	出 身 校		卒 業 年	昭・平・令　年卒	
	薬 剤 師 登録年月日	薬剤師の場合 昭・平・令　年　月　日　登録番号　第　号			

勤務先	ふりがな	
	名　称	
	所 在 地	〒
	電話番号	ー　ー　FAX番号　-　-
	メールアドレス	※会からのお知らせ等はメールにて連絡いたしますので、必ずご記入下さい。

開設者	ふりがな	
	開設者名	
	所 在 地	〒
	電話番号	ー　ー　FAX番号　-　-

諸手続き終了後、入会金等の納入をもって入会とします。

一般社団法人 港北区薬剤師会会長　殿

一般社団法人　港北区薬剤師会定款の規定にもとづいて入会を申し込みます。

令和　年　月　日

氏名　　㊞