

入会・変更申込書

一般社団法人びわこ薬剤師会会長殿

一般社団法人びわこ薬剤師会の定款及び細則等の規定に同意し、入会・変更 を申込します。

平成 年 月 日

変更 の 場 合 は 変 更 箇 所 の 左 欄 カ ラ ム に ○ 印 を 付 け て 記 入 下 さ い	ふりがな		生 年 月 日	
	氏名又は法人名		年 月 日	
	現住所	〒	・該当事項に○をつけて下さい	
	電話番号	()	会 員 の 種 別	・個人正会員 ・個人賛助会員 (口数 口)
	FAX番号	()		・法人正会員 ・法人賛助会員 (口数 口)
	E-Mail(原則必須)	@		
	自家営業所名 及びその 所在地	〒	業 職 の 種 別	1. 薬局開設者 2. 管理薬剤師 3. 勤務薬剤師 4. 無職
	電話番号	()		他に所属する地域薬剤師会 又は職域薬剤師会等がある 場合はその名称
	FAX番号	()		
	E-Mail	@		
	勤務先名			
	勤務先所在地	〒		
	電話番号	()		
	FAX番号	()		
	E-Mail	@		
出身校名	大正 昭和 年 月 【 】卒 平成			
薬剤師登録 年月日	大正 昭和 年 月 日 平成		薬剤師免許証番号 号	

*びわこ薬剤師会の連絡等はE-mailが主体になりますので、連絡等をあえて希望されない方以外は、氏名下のE-Mailアドレス(添付ファイルが読み取れるもの)の記載は必ずお願いします。

事務局記入欄

会員の種別	A B C 会員	備 考
種別変更		
入会許可日	平成 年 月 日	
脱退日	平成 年 月 日	