

# 一般社団法人いわき市薬剤師会入会申込書

平成 年 月 日

一般社団法人いわき市薬剤師会会長 様

貴薬剤師会の設立趣旨に賛同し、定款に基づいて入会を申込みます。

氏名	フリガナ		⑩	性別	保険薬剤師登録
	氏名			男 女	有 無
	生年月日	S・H 年 月 日	薬剤師登録番号 第 号		
	出身校		卒業年 / 大・昭・平 年 月 卒		
勤務先	勤務先名称				
	法人の名称				
	開設者 法人代表者				
	〒/住所	(〒 - )			
	T E L		F A X		
自宅	〒/住所	(〒 - )			
	T E L		F A X		
会員区分	賛 助 会 員				
	管理薬剤師 ・ 開設者 ・ 薬剤師 ・ その他				
会費納入日		平成 年 月 日			

\*事務局処理欄

入会申込受理年月日	平成 年 月 日
理事会提出年月日	平成 年 月 日
会長承認年月日	平成 年 月 日