

入 会 申 込 書

令和 年 月 日

公益社団法人鹿児島県薬剤師会長 殿  
 公益社団法人日本薬剤師会長 殿  
 薬剤師会長 殿

フリガナ  
 氏 名 ㊟  
 (署名であれば押印不要)

貴薬剤師会の定款、会員規程及び会費規程に基づき、入会金を添えて申し込みます。  
 なお、個人情報の取扱いについては同意します。

日 薬 会 員 番 号	No.	※日薬会員番号をお持ちの方は必ずご記入下さい。	
現 住 所	〒 ー	TEL	( )
		FAX	( )
生 年 月 日	昭・平 年 月 日 満 才 男・女		
出 身 大 学 (院卒は含まれません)	卒業：昭・平・令 年 月 日		
薬 剤 師 名 簿 登 録 番 号	第 号	登録：昭・平・令 年 月 日	
保 険 薬 剤 師 登 録 番 号	鹿薬	登録：昭・平・令 年 月 日	
勤 務 先 名 称		TEL	( )
		FAX	( )
所 在 地	〒 ー		
区 分 (○をつけてください)	A (開局・管理) B I (BII、BIII以外の勤務) B II (病院・老健施設等・行政) B III (非就業薬剤師)		
	B III (A会員の家族で同一事業所に勤務) ※該当の方は下記項目もご記入ください		
	会 員 名 会 員 と の 関 係 ※私は( ) の ( ) にあたるので家族会員となります		
法 人 名 称 開 設 者 名		TEL	( )
		FAX	( )
所 在 地	〒 ー		
書 類 送 付 先	勤務先 ・ 自 宅 ※いずれかを○で囲って下さい。		

地 域 薬 剤 師 会 長 承 認 欄

所 見	
所見記入者	㊟
会長名	㊟

※ 所見記入者が会長でない場合は所見記入者欄に記名押印をして下さい。