

港南区薬剤師会入会申込書

年 月 日

会員種別	会員	個人開設者	法人	勤務薬剤師
		保険薬局指定 : 有・無		開局・開業 : 年 月 日
	市薬 種会員			
フリガナ				
氏 名				
生年月日		年 月 日	性別	男・女
自宅	住所	〒		
	電話		FAX	
	E-Mail			
携帯		番号	メールアドレス	
薬局名(勤務先名)				
薬局(勤務先)所在地				
薬局電話			薬局 FAX	
薬局 E-mail				
出身校		年 月 日	卒	
薬剤師登録年月日		年 月 日	登録番号 第 号	
港南区休日センター	希望する ・ 希望しない			
桜木町夜間センター	希望する : 希望しない			
学校薬剤師	希望する : 希望しない			
会費自動引落し	希望する : 希望しない			
会長 → 会計 → 総務				

この台帳は、港南区薬剤師会以外には使いません。

退 会 届

港南区薬剤師会会長殿

次のとおり退会いたしたくお届けいたします。

氏 名	
退会の理由	
退会年月日	年 月 日
上記のとおり退会いたしたくお届けします。 年 月 日 住所 氏名 (印)	

(県薬剤師会・市薬剤師会を退会希望の方は併せて手続きをお取りください)

会長 → 会計 → 総務