

【ご入会申請時 必要書類】

茨木市春日3丁目13-5
一般社団法人 茨木市薬剤師会
TEL 072-625-2481
FAX 072-625-2855

1、入会申込書

2、入会希望者の会員登録カード、履歴書

3、薬局開設の証拠となるもの **【新規薬局開設の場合】**

- ・登記簿謄本、薬局設計図など(コピーでも可)

4、入会確約書 **【新規薬局開設の場合】**

5、入会金(書類に添えてご提出願います)

- ・ご提出いただきました入会金は理事会で承認を得るまでお預かり金となり、承認後に領収書を発行致します。
- ・お振込の場合は、振り込み日をご連絡お願い致します。

《お振込先》

本会事務所にお問い合わせ下さい。

6、大阪府薬剤師会入会承諾書

- ・理事会での審査の上、承認を得て翌月1日ご入会となります。
- ・府薬への入会承諾書は原則として理事会の承認後となりますが、お急ぎの場合はご相談ください。

入会申込書

申込日 年 月 日

下記の通り入会申込致します。

申込者

印

薬局	ふりがな				
	薬局名				
	薬局住所	〒			
		(電話)	(FAX)		
正会員	会員区分	A:開設者兼管理薬剤師 B:勤務管理薬剤師 C:勤務薬剤師 D:その他の薬剤師			
	ふりがな		生年月日	印	
	氏名				
	自宅住所	〒			
		(電話)	(FAX)		
		薬剤師登録番号			
賛助会員	会員区分	E:開設者 F:薬業従事者 G:その他			
	ふりがな		生年月日	印	
	氏名				
	自宅住所	〒			
		(電話)	(FAX)		
	ふりがな			印	
法人名					
	住所	〒			
		(電話)	(FAX)		
入会金	受領日	年	月	日	受領印
	受領金額	金		円也	

年 月 日
 一般社団法人 茨木市薬剤師会
 会長 印

茨木市薬剤師会 会員登録カード

会員区分		正会員 ・ 賛助会員 ・ 準会員	
1	フリガナ		
	氏 名		
		男	女
2	生 年 月 日	年	月 日 生
3	現 住 所	〒	
		TEL	FAX
4	入 会 年 月 日	年	月 日
5	薬 局 名		
6	勤 務 場 所 住 所	〒	
		TEL	FAX
7	薬 剤 師 登 録 番 号	NO.	
		登 録	年 月 日
8	保 険 薬 剤 師	NO.	
	登 録 番 号	登 録	年 月 日
9	国 保 薬 剤 師	NO.	
	登 録 番 号	登 録	年 月 日
備考			

履 歴 書

(フリガナ)			男・女
氏 名			
生年月日	年 月 日生 (才)		
現住所	〒		
電話・FAX	電話 - - ・ FAX - -		
学 歴	年 月 ~ 年 月		
	年 月 ~ 年 月		
	年 月 ~ 年 月		
職 歴	年 月 ~ 年 月		
	年 月 ~ 年 月		
	年 月 ~ 年 月		
	年 月 ~ 年 月		
	年 月 ~ 年 月		
	年 月 ~ 年 月		
公 職 歴	年 月 ~ 年 月		
	年 月 ~ 現 在		
刑 罰 の 有 無			
上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日			
氏 名			Ⓜ