

## 【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、会員登録カード、履歴書

### 3、入会金（書類に添えてご提出又は銀行へのお振込み願います）

- ・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。

- ・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。
- ・大阪府薬剤師会へ入会される場合、入会手続きは府薬で直接行ってください。

## 準会員入会申込書

申込日 年 月 日

下記の通り入会申込致します。

申込者 \_\_\_\_\_ 印

準 会 員	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			
勤 務 薬 局	ふりがな			
	薬局名			
	薬局住所	〒 (電話) (FAX)		
入 会 金	受領日	年 月 日	受領印	
	受領金額	金20,000 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		
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		
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		Ⓜ	