

# 入会申請書

全てご記入ください。記入もれがある場合は受理できませんのでご注意ください。

ふりがな			
氏名			
生年月日	T・S・H 年 月 日生	性別	男・女
自宅住所	〒		
電話番号	(自宅)		
	(携帯)		
薬剤師免許証 登録番号	※薬剤師免許証のコピー(縮小可)を添付してください。		
登録年月日	大正・昭和・平成 年 月 日		
卒業学校名 (薬学のみ)	(大学) (卒業年月日) 大正・昭和・平成 年 月 日		
	(大学院) (卒業年月日) 大正・昭和・平成 年 月 日		

沖縄県薬剤師会会長 殿

平成 年 月 日

貴会の趣旨に賛同し、入会申請を致します。

本人署名 印

---

受付日

(代理申請者氏名) 印

---

「入会会員情報登録票」と「薬剤師免許証のコピー」と一緒に返信用封筒にてご返送ください。FAXでの受付は行っていません。

# 入会会員情報登録票

必ず入会申請書と一緒に提出ください。全て必須項目です。(太枠内は勤務されている方のみ記入)

<b>氏名</b>		<b>自宅FAX</b>	有( )・無
<b>職種</b>	1.保険薬局 2.非保険薬局 3.病院(診療所) 4.臨検 5.教育(研究) 6.行政 7.製造(輸入) 8.一般販売業 9.卸 10.一般登録販売業 11.他職 12.無職 13.学生 14.その他( )		
<b>勤務先名称</b>			
<b>勤務先法人名</b>		<b>開設者名 (法人代表者)</b>	
<b>勤務先住所</b>	〒		
<b>勤務先電話</b>		<b>勤務先FAX</b>	
<b>業務種別</b>	1.開設者(法人代表者) 2.病診薬局長 3.その他		
<b>薬剤師区分</b>	1.管理薬剤師 2.その他薬剤師	<b>調剤業務</b>	有 ・ 無
<b>所属支部</b>	1.勤務先 2.自宅	<b>保険薬剤師</b>	はい ・ いいえ
<b>郵便物送付先</b>	1.勤務先 2.自宅	<b>FAX送信先</b>	1.勤務先 2.自宅
<b>ウィークリーニュース送信先</b>	※週に1回、研修会情報や緊急のお知らせなどを送信しています。 1.FAX送信先 2.メール(opa-mail@okiyaku.or.jpへ氏名を入力したメールを送って下さい)		
<b>会費支払者</b>	1.本人 2.雇用者(代表者)氏名( )		
<b>会費支払方法</b>	1.口座自動引落 2.振込		
<b>入会金支払方法</b>	1.会費支払口座より引落 2.振込 3.現金(窓口持参・現金書留)		
<b>過去の入退会</b>	1.無 2.有( 年頃) 3.他薬剤師会 (日薬会員番号: ) (都道府県名: )		
<b>備考</b>			

**【注意】 上記情報に変更が生じた場合は「会員登録変更届」(様式第2号)にてご連絡ください。**