





## 別表 様式 1

一般社団法人 奈良市薬剤師会 入会申込書				
私は貴会の主旨に賛同し入会の申込みをします 2024年10月1日	申込者 氏名	フリガナ シヤク タロウ 市薬 太郎 1997年3月3日生	⑩	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
区 分	<input type="checkbox"/> 開設者	<input checked="" type="checkbox"/> 管理薬剤師	<input checked="" type="checkbox"/> 勤務者	<input type="checkbox"/> その他
現住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市△△町××× TEL 〇〇〇〇 - 〇〇 - 〇〇〇〇 FAX 〇〇〇〇 - 〇〇 - 〇〇〇〇 E-mail zzzz@nifty.ne.jp			
最終学歴	〇〇大学薬学部		2020年3月卒	
薬剤師関連	薬剤師 免許	取得年月日 2020年3月	No. 〇〇〇〇〇〇	
主たる職歴	自 2020年4月 至 2022年3月	〇〇〇病院		
	自 2022年4月 至 年 月	△△薬局		
	自 年 月 至 年 月			
郵送物発送先	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先			
会費支払方法	<input type="checkbox"/> ゆうちょ振込 <input checked="" type="checkbox"/> 南都銀行口座振替			
勤務先	名称	△△薬局		
	所在地	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市△△町×××× TEL 〇〇〇〇- 〇〇 - 〇〇〇〇 FAX 〇〇〇〇- 〇〇 - 〇〇〇〇 E-mail zzzz@nifty.ne.jp		
学校薬剤師部会	部会加入希望		<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無
休日夜間応急診療部会	部会加入希望		<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
部会員 報酬用振込口座 *部会加入希望の場合のみ御記入下さい				
南都銀行	支店名	紀寺支店		種目 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
	名義人	フリガナ シヤク タロウ 市薬 太郎		口座番号 △△△△△△

\*記載内容については、会の運営以外には使用しません