（様式第１号の１）

受付日	
受付番号	号

地域薬剤師会長　　印

個人会員

	入会申込書
	変更報告書

一般社団法人　宮崎県薬剤師会会長　殿

記入日：　　年　　月　　日

所属する地域薬剤師会名										
ふりがな 氏名		㊞	性別	男 女	生年月日	大・昭 平	年　月　日			
薬剤師番号	第　号	出身校名			卒業年月	大・昭 平・令	年　月卒			
所属（勤務）先	勤務先									
	所在地	〒　－								
	法人の名称		開設者又は法人代表者名							
	電話番号		ＦＡＸ番号							
自宅	住所	〒　－								
	電話番号		ＦＡＸ番号							
	携帯番号		E-mail							
分類区分	職種	該当する番号（英数字）を記入		1 保険薬局	2 非保険薬局	3 病診薬局	4 臨床検査	5 教育・研究		
				6 行政	7 製薬・輸入	8 店舗販売業	9 卸売販売業	10 その他		
				11 無職	12 学生					
	業務種別			1 開設者	2 病診薬局長	3 法人代表者	4 その他			
	薬剤師区分			1 管理薬剤師	2 その他の薬剤師					
会員区分				1 正会員	2 賛助会員					
会費区分				A　B　C						
会誌送付先				1 勤務先	2 自宅					
会員名簿への掲載事項　※1			（自宅）　可　・　不可		（出身校）　可　・　不可		（卒業年）　可　・　不可			
備考										

県外薬剤師会からお越しの方はこちらもご記入ください。

1．所属されていた県薬剤師会名　　県薬剤師会

2．当時の会費区分及び日薬会費の納入状況　　A　B　（未納　・　納入済）

※1　記入のない方は掲載可とさせていただきます。
　　なお、「氏名・勤務先・会費区分」は会員名簿の必須掲載事項となりますので、ご了承ください。

記入上のご注意

1．入会月は、地域薬剤師会で受理された月となります。
2．裏面に記載の「会員の個人情報の取り扱いについて」をよく読み、承認された上でご記入ください。