

入会会員情報登録票

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

氏名		自宅FAX	有()・無
職種	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()		
勤務先名称			
勤務先法人名		開設者名 (法人代表者)	
勤務先住所	〒		
勤務先電話		勤務先FAX	
業務種別	1.開設者(法人代表者) 2.病診薬局長 3.その他		
薬剤師区分	1.管理薬剤師 2.その他薬剤師	調剤業務	有 ・ 無
認定実務実習 指導薬剤師	はい ・ いいえ	認定番号・期限	<small>※指導薬剤師のみ記入</small>
所属支部	1.勤務先 2.自宅	保険薬剤師	はい ・ いいえ
郵便物送付先	1.勤務先 2.自宅	FAX送信先	1.勤務先 2.自宅
ウイークリニュー送信先	※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)		
会費支払者	1.本人 2.雇用者(代表者)氏名()		
会費支払方法	1.口座自動引落(沖銀・琉銀) (一括 or 月払い)		2.振込
入会金支払方法	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)
過去の入退会	1.無 2.有(年頃) 3.他薬剤師会(日薬会員番号:) (都道府県名:)		
備考			

**【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。**