

(書式1)

私は、公益社団法人富山市薬剤師会に入会を希望しますので、関係書類を添えて申込致します。入会の承認を得たときは、会費を納入し貴会の会員として会則および諸規則を守り、貴会の発展に寄与することを誓います。

	名 称	
	住 所	〒
	電 話	
	F A X	
資 格 (○を記入、又は囲む)		() A : 管理薬剤師 年会費2万円 () B : 勤務薬剤師 年会費1万円 () Y : 勤務薬剤師 (満30歳未満) 年会費5千円 () S : 賛助会員 年会費1万円 保険薬剤師登録 有 無

注 ※勤務先は薬局に限らない。※年齢については、4月1日現在とする。
年 月 日

〒
住 所 (自宅)
電話 FAX
E-mail
生年月日 年 月 日生
卒業学校 卒年
前職 (過去2年以内にある場合)
勤務先名

公益社団法人富山市薬剤師会会長 殿

添付書類：薬剤師免許証の写し (A4サイズに縮小)