（書式１）

入 会 申 込 書

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。

勤務先	名　称	
	住　所	〒
	電　話	
	ＦＡＸ	
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

ふり　がな
氏　名　㊞

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）