



第1号様式（第7条関係）

1-2 地域薬用

## 入 会 申 込 書（地域薬用）

年 月 日

公益社団法人日本薬剤師会 会長 殿

一般社団法人福島県薬剤師会 会長 殿

\_\_\_\_\_薬剤師会 会長 殿

貴薬剤師会の定款及び会員規程に基づき、かつ、個人情報の取扱いについて同意し、入会を申し込みます。

日薬会員番号

--	--	--	--	--	--

□他県薬から異動（都道府県名： \_\_\_\_\_ ）

入会者	フリガナ					性別	保険薬剤師登録	
	氏名						男 女	有 無
	生年月日	明 大 昭 平	年	月	日	薬剤師番号	第 _____ 号	
	出身校	大学				卒業年	大 昭 平	年
大学院					修了年	大 昭 平	年	
勤務先	住 所	〒 _____						
	勤務先名称							
	法人の名称							
	開設者・法人代表者名							
	電話番号				FAX番号			
自宅	住 所	〒 _____						
	電話番号				FAX番号			
分類区分	県薬文書送先	勤務先	自宅	日薬文書送先	勤務先	自宅		
	通知文書等配信方法	F A X	メール	( _____ )				
	職 種	保険薬局	非保険薬局	病院・診療所	店舗販売業	卸売販売業	薬種商	
		行政	製薬・輸入	教育・研究	その他	無職	学生	
	業務種別	開設者	病診薬局長	法人代表者	その他			
	薬剤師区分	管理薬剤師	営業所管理者	その他の薬剤師				
	会員区分	正会員	賛助会員	特別会員	名誉会員			
	学薬区分	学校薬剤師	非学校薬剤師					
※会費区分	A	B	C	日薬会費納入日	年 月 日			

該当する箇所には○をつけてください。

【注意事項】裏面に記載の「会員の個人情報の取扱いについて」をよくお読みください。

※地域薬剤師会長承認	承認年月日	年 月 日	※納入金額	円
	地域薬剤師会長名			確認印

※印は地域薬剤師会長が記入してください。



## 変 更 報 告 書 ( 県 薬 用 )

公益社団法人日本薬剤師会 会長 殿

年 月 日

一般社団法人福島県薬剤師会 会長 殿

\_\_\_\_\_ 薬剤師会 会長 殿

下記のとおり変更があったので、報告します。

日薬会員番号   

変更(訂正)のある箇所には○印を付けてください。

会 員	フリガナ					印	氏名変更	
	氏名						有(旧姓: ) 無	
	生年月日	明 大 昭 平	年	月	日	薬剤師番号	第	号
勤務先	住 所	〒						
	勤務先名称							
	法人の名称							
	開設者・法人代表者名							
	電話番号				FAX番号			
自宅	住 所	〒						
	電話番号				FAX番号			
分類区分	県薬文書発送先	勤務先	自宅	日薬文書発送先	勤務先	自宅		
	通知文書等配信方法	FAX	メール	( )				
	職 種	保険薬局 行政	非保険薬局 製薬・輸入	病院・診療所 教育・研究	店舗販売業 その他	卸売販売業 無職	薬種商 学生	
	業務種別	開設者	病診薬局長	法人代表者	その他			
	薬剤師区分	管理薬剤師	営業所管理者	その他の薬剤師				
	会員区分	正会員	賛助会員	特別会員	名誉会員			
	学薬区分	学校薬剤師	非学校薬剤師					
	※会費区分	A	B	C				

該当する箇所に○をつけてください。

※地域薬剤師会長承認 (異動前)	承認年月日	年 月 日
	地域薬剤師会長名	印

◆地域薬剤師会を異動する場合、下記へご記入をお願いします。

\_\_\_\_\_ 薬剤師会 会長 殿

貴薬剤師会へ入会いたします。

自 署 \_\_\_\_\_

※地域薬剤師会長承認 (異動後)	承認年月日	年 月 日
	地域薬剤師会長名	印

※印は地域薬剤師会長が記入してください。

## 変 更 報 告 書 (地域薬用・異動前)

公益社団法人日本薬剤師会 会長 殿  
 一般社団法人福島県薬剤師会 会長 殿  
 \_\_\_\_\_ 薬剤師会 会長 殿

年 月 日

下記のとおり変更があったので、報告します。

日薬会員番号 

--	--	--	--	--	--

会 員	フリガナ					㊟	氏名変更		
	氏名						有 (旧姓: ) 無		
	生年月日	明 大 昭 平	年	月	日	薬剤師番号	第	号	
勤務先	住 所	〒							
	勤務先名称								
	法人の名称								
	開設者・法人代表者名								
	電話番号					FAX番号			
自宅	住 所	〒							
	電話番号					FAX番号			
分類区分	県薬文書発送先	勤務先	自宅	日薬文書発送先	勤務先	自宅			
	通知文書等配信方法	FAX	メール	( )					
	職 種	保険薬局 行政	非保険薬局 製薬・輸入	病院・診療所 教育・研究	店舗販売業 その他	卸売販売業 無職	薬種商 学生		
	業務種別	開設者	病診薬局長	法人代表者	その他				
	薬剤師区分	管理薬剤師	営業所管理者	その他の薬剤師					
	会員区分	正会員	賛助会員	特別会員	名誉会員				
	学薬区分	学校薬剤師	非学校薬剤師						
※会費区分	A	B	C	該当する箇所に○をつけてください。					

変更(訂正)のある箇所に○印を付けてください。

※地域薬剤師会長承認 (異動前)	承認年月日	年 月 日
	地域薬剤師会長名	㊟

◆地域薬剤師会を異動する場合、下記へご記入をお願いします。

\_\_\_\_\_ 薬剤師会 会長 殿  
 貴薬剤師会へ入会いたします。

自 署 \_\_\_\_\_

※地域薬剤師会長承認 (異動後)	承認年月日	年 月 日
	地域薬剤師会長名	㊟

※印は地域薬剤師会長が記入してください。

## 変 更 報 告 書（地域薬用・異動後）

公益社団法人日本薬剤師会 会長 殿

年 月 日

一般社団法人福島県薬剤師会 会長 殿

\_\_\_\_\_ 薬剤師会 会長 殿

下記のとおり変更があったので、報告します。

日薬会員番号

変更（訂正）のある箇所に○印を付けてください。

会 員	フリガナ					㊟	氏名変更	
	氏名						有（旧姓： _____ ） 無	
	生年月日	明 大 昭 平	年	月	日	薬剤師番号	第 _____ 号	
勤務先	住 所	〒 _____						
	勤務先名称							
	法人の名称							
	開設者・法人代表者名							
	電話番号				FAX番号			
自宅	住 所	〒 _____						
	電話番号				FAX番号			
分類区分	県薬文書発送先	勤務先	自宅	日薬文書発送先	勤務先	自宅		
	通知文書等配信方法	FAX		メール（ _____ ）				
	職 種	保険薬局	非保険薬局	病院・診療所	店舗販売業	卸売販売業	薬種商	
		行政	製薬・輸入	教育・研究	その他	無職	学生	
	業務種別	開設者	病診薬局長	法人代表者	その他			
	薬剤師区分	管理薬剤師	営業所管理者	その他の薬剤師				
	会員区分	正会員	賛助会員	特別会員	名誉会員			
	学業区分	学校薬剤師	非学校薬剤師	該当する箇所に○をつけてください。				
※会費区分	A	B	C					

※地域薬剤師会長承認 （異動前）	承認年月日	年 月 日
	地域薬剤師会長名	㊟

◆地域薬剤師会を異動する場合、下記へご記入をお願いします。

\_\_\_\_\_ 薬剤師会 会長 殿

貴薬剤師会へ入会いたします。

自 署 \_\_\_\_\_

※地域薬剤師会長承認 （異動後）	承認年月日	年 月 日
	地域薬剤師会長名	㊟

※印は地域薬剤師会長が記入してください。

## 変 更 報 告 書 (会員控)

公益社団法人日本薬剤師会 会長 殿  
 一般社団法人福島県薬剤師会 会長 殿  
 \_\_\_\_\_ 薬剤師会 会長 殿

年 月 日

下記のとおり変更があったので、報告します。

日薬会員番号 

--	--	--	--	--	--

会 員	フリガナ					㊟	氏名変更		
	氏名						有 (旧姓: ) 無		
	生年月日	明 大 昭 平	年	月	日	薬剤師番号	第	号	
勤務先	住 所	〒							
	勤務先名称								
	法人の名称								
	開設者・法人代表者名								
	電話番号				FAX番号				
自宅	住 所	〒							
	電話番号				FAX番号				
分類区分	県薬文書発送先	勤務先	自宅	日薬文書発送先	勤務先	自宅			
	通知文書等配信方法	F A X	メール	( )					
	職 種	保険薬局 行政	非保険薬局 製薬・輸入	病院・診療所 教育・研究	店舗販売業 その他	卸売販売業 無職	薬種商 学生		
	業務種別	開設者	病診薬局長	法人代表者	その他				
	薬剤師区分	管理薬剤師	営業所管理者	その他の薬剤師					
	会員区分	正会員	賛助会員	特別会員	名誉会員				
	学薬区分	学校薬剤師	非学校薬剤師						
※会費区分	A	B	C	該当する箇所に○をつけてください。					

変更（訂正）のある箇所に○印を付けてください。

※地域薬剤師会長承認 (異動前)	承認年月日	年 月 日
	地域薬剤師会長名	㊟

◆地域薬剤師会を異動する場合、下記へご記入をお願いします。

\_\_\_\_\_ 薬剤師会 会長 殿  
 貴薬剤師会へ入会いたします。

自 署 \_\_\_\_\_

※地域薬剤師会長承認 (異動後)	承認年月日	年 月 日
	地域薬剤師会長名	㊟

※印は地域薬剤師会長が記入してください。

## 退 会 届（県薬用）

年 月 日

公益社団法人日本薬剤師会 会長 殿

一般社団法人福島県薬剤師会 会長 殿

\_\_\_\_\_ 薬剤師会 会長 殿

貴薬剤師会を退会したく、届け出ます。

日薬会員番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

氏 名		印
勤務先名称		
退 会 理 由		

※地域薬剤師会長承認	承認年月日	年 月 日
	地域薬剤師会長名	印

※印は地域薬剤師会長が記入してください。

## 退 会 届（地域薬用）

年 月 日

公益社団法人日本薬剤師会 会長 殿

一般社団法人福島県薬剤師会 会長 殿

\_\_\_\_\_ 薬剤師会 会長 殿

貴薬剤師会を退会したく、届け出ます。

日薬会員番号

--	--	--	--	--	--	--	--

氏 名		印
勤務先名称		
退 会 理 由		

※地域薬剤師会長承認	承認年月日	年 月 日
	地域薬剤師会長名	

※印は地域薬剤師会長が記入してください。

## 退 会 届（会員控）

年 月 日

公益社団法人日本薬剤師会 会長 殿

一般社団法人福島県薬剤師会 会長 殿

\_\_\_\_\_薬剤師会 会長 殿

貴薬剤師会を退会したく、届け出ます。

日薬会員番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

氏 名		印
勤務先名称		
退 会 理 由		

※地域薬剤師会長承認	承認年月日	年 月 日
	地域薬剤師会長名	

※印は地域薬剤師会長が記入してください。