

# 一般社団法人 大和綾瀬薬剤師会 入会申込書

令和 年 月 日

この度、私は一般社団法人大和綾瀬薬剤師会の設立趣旨に基づく事業活動に会員として協力参画したく会員として、入会を申し込みます。

入会後は、一般社団法人大和綾瀬薬剤師会の事業活動に必ずいずれかの事業担当委員として積極的に参画し、責任をもってその任を果たすことを誓います。

なお、事業活動活動への参画が不十分と判断される場合には、会員資格の見直しや、会の提供する一部サービスの利用制限、その他の措置が講じられる可能性があることについても、あらかじめ理解・了承のうえ、申請いたします。また主務官庁（神奈川県薬務課・関東信越厚生局・厚木保健福祉事務所大和センター等）の指導事項を遵守し保険医薬品の販売等に関し、適正な業務を行うことを誓います。

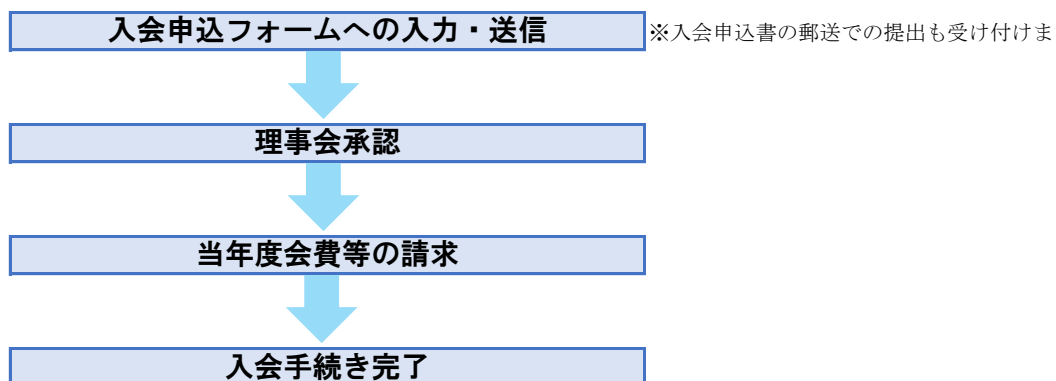
## 定款第5条（定款より一部抜粋）

- 正会員 本会の目的に賛同して入社した大和市及び綾瀬市に居住し、又は勤務する薬剤師
- 在任、在勤していないが、本会の目的に賛同する薬剤師
- 賛助会員 本会の目的に賛同して入社した大和市及び綾瀬市に居住し、又は勤務する薬事関係者

## 入会者情報

会員区分	<input type="checkbox"/> 正会員1 薬剤師（保険薬局開設者）	年会費 48,000
	<input type="checkbox"/> 正会員2 薬剤師（一般薬局開設者）	年会費 13,000
	<input type="checkbox"/> 正会員3 勤務薬剤師	年会費 13,000
	<input type="checkbox"/> 賛助会員 非薬剤師の個人	年会費 13,000
フリガナ		性別
氏名		男 ・ 女
生年月日	年 月 日	(※西暦記載)
最終学歴	大学薬学部	
卒業年月	年 月 卒	(※西暦記載)
薬剤師登録番号	第	号
登録年月日	年 月 日	(※西暦記載)
自宅住所	〒	県
自宅電話番号	- -	
携帯電話番号	- -	
メールアドレス（個人）		
住所（勤務先）	〒	県
電話（勤務先）	- -	
メールアドレス（勤務先用）		
勤務区分	<input type="checkbox"/> 開設者（個人） <input type="checkbox"/> 勤務者 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
業態種別	<input type="checkbox"/> 保険薬局	<input type="checkbox"/> 非保険薬局 <input type="checkbox"/> 店舗販売業
	<input type="checkbox"/> 卸売販売業	<input type="checkbox"/> 病院・診療所 <input type="checkbox"/> 教育機関
	<input type="checkbox"/> 行政	<input type="checkbox"/> 製薬・輸入 <input type="checkbox"/> その他（ ）
郵便物等送付先	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 勤務先
メール送信先	<input type="checkbox"/> 個人用	<input type="checkbox"/> 勤務先
参画を希望する事業活動（必須） ※3つ選択してください	<input type="checkbox"/> 実務実習	<input type="checkbox"/> 学校保健 <input type="checkbox"/> 公衆衛生
	<input type="checkbox"/> 薬事衛生	<input type="checkbox"/> 広報 <input type="checkbox"/> 災害
	<input type="checkbox"/> 地域医療	<input type="checkbox"/> 研修

# 入会の流れ



## 会員区分と年会費

会員区分	年会費
<input type="checkbox"/> A-1 薬剤師薬局開設者	43,000
<input type="checkbox"/> A-2 薬剤師一般薬局開設者	13,000
<input type="checkbox"/> B 非薬剤師薬局開設者	13,000
<input type="checkbox"/> C 勤務薬剤師	13,000