

様式 1

公益社団法人仙台市薬剤師会 入会申込書

私議、今般公益社団法人仙台市薬剤師会に入会いたしたく必要書類を添えて申し込みます。

令和 年 月 日

氏 名 印

公益社団法人仙台市薬剤師会
会 長 北村 哲治 殿

様式 2

公益社団法人仙台市薬剤師会 退会届

今般一身上の都合により貴会を退会いたします。

令和 年 月 日

青葉1、青葉2、青葉3

宮城野、若林、太白、泉

氏名

印

公益社団法人仙台市薬剤師会

会 長 北村 哲治 殿

様式1

公益社団法人仙台市薬剤師会 会員台帳

所属ブロック	青葉1、青葉2、青葉3、宮城野、若林、太白、泉
会員区分	薬剤師会員 非薬剤師会員 賛助会員
ふりがな 氏 名	
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日生
自宅住所	〒
電話番号	
FAX番号	
Mail address	
出身校	大学 年度卒
薬剤師名簿登録番号	第 号
勤 務 先	
開設者名	代表者名
勤務先名	
住所	〒
電話番号	
FAX番号	
薬剤師の分類	管理薬剤師 その他の薬剤師
Mail address	

会 員 台 帳 変 更 届

公益社団法人仙台市薬剤師会
会 長 北村 哲治 殿

今般、貴会会員台帳記載事項に変更が生じましたのでお届けいたします。

令和 年 月 日

氏 名

変更前所属ブロック 青葉1、青葉2、青葉3、宮城野、若林、太白、泉

変更前会員区分 薬剤師会員 非薬剤師会員 賛助会員

変更事項

所属ブロック	青葉1、青葉2、青葉3、宮城野、若林、太白、泉
会員区分	薬剤師会員 非薬剤師会員 賛助会員
氏 名	
自宅住所	〒
電話番号	
FAX番号	
勤 務 先	
薬剤師の分類	管理薬剤師 その他の薬剤師
勤務先名	
開設者名	代表者名
住 所	〒
電話番号	
FAX番号	
Mail address	