令和　　年　　月　　日

坂戸鶴ヶ島市薬剤師会用

**坂戸鶴ヶ島市薬剤師会　入会申込書**

坂戸鶴ヶ島市薬剤師会　会長様

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 開設者  法人にあっては、名称・代表者氏名 |  |
| フリガナ |  |
| 開設者連絡先 | 〒  ℡　　　　　　　　　　　　fax |
| フリガナ |  |
| 店舗名称 |  |
| フリガナ |  |
| 管理薬剤師氏名 |  |
| 店舗  所在地 | 〒  ℡　　　　　　　　　　　　fax |
| 開局年月日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 営業時間 | 日  月  火  水  木  金  土  祝祭日 |
| 在宅への対応 | 可　・　不可 |
| 学生実習の受入 | 可　・　不可 |
| 薬局メールアドレス |  |
| 主な処方箋発行機関 |  |

確認欄

令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 入会金 | 200,000円（2店舗目からは無料） |
| 会費 | （月2,000円） |
| 合計 |  |

坂戸鶴ヶ島市薬剤師会

会長 　印