

一般社団法人山形市薬剤師会入会申込書（薬局会員）

令和 年 月 日

|                       |  |     |  |
|-----------------------|--|-----|--|
| フリガナ                  |  |     |  |
| 薬局名                   |  |     |  |
| 住 所                   | 〒  |     |  |
| 法人の名称                 | (個人の場合は空欄)   |     |  |
| 開設者・<br>法人代表者氏名       |  |     |  |
| 管理薬剤師名                |  |     |  |
| 電 話                   |  | FAX |  |
| HP アドレス               | (ない場合は空欄)  |     |  |
| 営業時間                  |  |     |  |
| 定休日                   |  |     |  |
| 在宅訪問の有無               | 有  | 無   |  |
| 薬局機能等<br>(あてはまるものすべて) | <input type="checkbox"/> 地域連携薬局 <input type="checkbox"/> 健康サポート薬局 <input type="checkbox"/> 専門医療機関連携薬局<br><input type="checkbox"/> 地域支援体制加算算定薬局 |     |  |
| 備 考                   |  |     |  |

FAX  
送信先

023-616-5102