

全日本医薬品登録販売者協会入会申込書

平成 年 月 日

公益社団法人 全日本医薬品登録販売者協会会長 殿

様式:230119

貴協会の趣旨に賛同し、入会を希望します。

フリガナ		性 別	男 女
氏 名	印	生年月日(西暦)	年 月 日
フリガナ			賠償保険(○か×)
住 所 (自宅・店舗) どちらかに○	〒 ー		
店 舗 名 (登録する場合)			
電 話 番 号	ー ー	Fax 番 号	ー ー
会員区分 (該当する区分に ○印をつけてください。)			
正会員	10	① 店舗販売業者で既存薬種商又は登録販売者である者 ② 店舗管理者 ③ 店舗従事者であって正会員を希望する者	
準会員	20	登録販売者試験合格者であって従事登録を完了した者(勤務者) * 入会初年度に限る	
	21	承継者から登録販売者へ移行した従事者で被承継者が正会員でいる者	
	22		
	23	薬種商販売業または登録販売者の資格を有する未就業の者	
	24	その他 (資格を有しない家族・従業員)	

販売従事登録番号	ー ー
販売従事登録年月日	平成 年 月 日

承認欄
各都道府県協会会長印

各都道府県協会欄です 必ずご記入ください		全薬協記入欄
県コード	支部コード	会員番号