

沖縄県医薬品登録販売者協会入会申込書

平成 年 月 日

一般社団法人沖縄県医薬品登録販売者協会会長 殿

様式:201908

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○	〒 —		
店 舗 名 (登録する場合)			
電 話 番 号	— —	Fax 番号	— —
会員区分 (該当する区分に ○印をつけてください。)			
A正会員	1 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		
B正会員	2 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)		
準会員	3 協会の趣旨に賛同する企業、登録販売者以外の店舗販売業		
	4 従事者企業会員		
	5		
	6 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		
	7 その他 (資格を有しない家族・従業員)		

販売従事登録番号	— —
販売従事登録年月日	平成 年 月 日

承認欄
沖縄県協会会長印

沖縄県協会欄		記入欄
支部コード	地区コード	会員番号