

申込年月日 年 月 日

(一般社団法人)

# 日本漢方交流会 入会申込書

希望会員： 会 員 ・ 賛助会員 ・ 学生会員	書類送付先： 自 宅 ・ 勤務先
(ふりがな)	TEL：
氏名： <span style="float: right;">㊞</span>	FAX：
	E-mail：
〒	
住所： (送付先)	
資格：薬剤師・鍼灸師・医師・歯科医師・登録販売者・学生・その他（ ）	
当会をどのような経緯で お知りになりましたか？ <small>よろしければ具体的な内容をお書き下さい。</small>	
所属研究会： 所属学会の名称	当法人の賛助研究団体の会員の場合は その研究会の名称を記して下さい。
勤務先名称： (学生は学校名)	勤務先 TEL： ----- 勤務先 FAX：
〒	
勤務先住所： (学生は学校住所)	
勤務形態：自 営 ・ 勤 務 ・ その他	

☆以下の2項目は、薬剤師のみご記入下さい。

薬剤師種別：開局・薬局勤務・病院勤務・メーカー勤務・卸勤務・その他（ ）
薬局製剤（漢方薬）：使用している・使用していない（開局薬剤師の先生へ）

☆以下の項目は、任意で記入お願いいたします。

最終学歴：	<input type="checkbox"/> 大学院（博士課程） <input type="checkbox"/> 大学院（修士課程） <input type="checkbox"/> 大学（学部） <input type="checkbox"/> その他
性別 男 ・ 女	生年(西暦) 年
会員へ配布される名簿に自宅住所等の掲載を 希望されない方は○をご記入ください。 ( )掲載を希望しない	

E-mail : kanpoukoryukai@yahoo.co.jp