

決 裁	理事長	副理事長	常務理事	理事	理事	理事	理事

事務長	係長	係

埼玉県薬剤師国民健康保険組合

# 加入申込書

※

%

フリガナ			
店舗名称			
フリガナ			
店舗所在地	〒		
経営形態 <input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 法人	(法人の場合は、登記簿上の正式名称を書いて下さい。)		
フリガナ		店舗の電話番号	
事業主氏名			
埼玉県薬剤師会入会の有無及び入会年月日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	昭和 年 月 日入会 平成	※ 確認済 印

上記のとおり加入いたしたく規約了承の上、資格取得届を添えて申し込みます。

平成 年 月 日

★

組 合 員 と な る べ き 主 業	フリガナ		
	自宅住所	〒	
	フリガナ		自宅電話番号
	氏名	印	市外局番 ( ) -

埼玉県薬剤師国民健康保険組合理事長 様

(注)

- ★組合員となるべき事業主とは、埼玉県薬剤師会会員である薬剤師並びに薬局又は一般販売業開設者で規約第4条の地区内に住所を有する者とする。
- 欄は、該当する箇所に✓ 印をして下さい。
- ※欄は、記入しないで下さい。
- 「資格取得届」を添えて提出して下さい。

