

| | | | | | | | |
|--------|-----|------|------|--------------|----|----|----|
| 決 裁 | 理事長 | 副理事長 | 常務理事 | 法令遵守 担当理事 | 理事 | 理事 | 理事 |
| | | | | | | | |

| | |
|-----|----|
| 事務長 | 担当 |
| | |

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な法人名称を書いてください。) | | |
| フリガナ | | | 店舗の電話番号及びFAX |
| 事業主氏名 | | | TEL () FAX () |
| 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 (印) |
| 上記のとおり加入したいので規約了承の上、『資格取得届』を添えて申請します。 | | | |
| 平成 年 月 日 | | | |
| ★ 第1種 組合員 | フリガナ | | |
| | 自宅住所 | 〒 | |
| | フリガナ | | |
| | 氏 名 | (印) | 自宅電話番号 () |
| 埼玉県薬剤師国民健康保険組合理事長 様 | | | |

(注)

- 1 この届けは、新規の事業所(薬局)が、当組合に加入する時に提出する申請書です。
この届けとは別に「資格取得届」の提出も必要となります。
- 2 ★第1種組合員とは、埼玉県薬剤師会会員であって、薬局又は医薬品販売業の開設者又は管理者で組合同約第4条の地区内に住所を有する者とします。
- 3 □欄は、該当する箇所に 印をしてください。
- 4 この届けには、「開設許可証(写し)」と「口座振替依頼書」を添付してください。
- 5 ※欄は、組合記入欄ですので記載しないでください。

