

急患センター出動薬剤師 新規登録申込書

申込日	年 月 日
ふりかゝな 氏名(署名または記名捺印)	印男・女
生年月日	昭和・平成 年 月 日
ふりかゝな 勤務先名	
勤務先電話番号	
緊急連絡先電話番号 (携帯電話)	
連絡先(送付先)住所	
メールアドレス	(PC): (携帯):
調剤経験年数 (常勤・常勤に準ずる)	年
勤務先の承諾	勤務先名 役職名 承諾者署名 又は(記名押印)

※ 薬剤師賠償責任保険(個人)に加入していることかゝ確認できる書類を添付してください。(保険証書のコピー又は保険料の領収書のコピー)

※ 提出先 〒930-0018
富山市千歳町一丁目4番1号薬業会館4階

公益社団法人富山市薬剤師会事務局

TEL 076-442-4003 (郵送又はこゝ持参ください。)