

# 入 会 申 込 書

支部  
支部長 殿

今般、貴支部に入会することを申し込みます。

平成 年 月 日

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

薬剤師登録番号 \_\_\_\_\_

出身校名 \_\_\_\_\_

勤務先 \_\_\_\_\_

住所 〒 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_ F A X \_\_\_\_\_

自宅住所 〒 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

---

# 入 会 承 諾 書

殿

貴殿の当支部への入会を承諾致します。

平成 年 月 日

支部  
支部長 (印)

## 誓約書

今般、私は、貴支部の会員として入会が認められました上は、福井県薬剤師会制定の薬剤師憲章を順守し、市民に奉仕する薬剤師として、誇りと責任をもってその任務を遂行し、如何なる事故も起こさないよう心掛けます。

万一、貴支部に迷惑のかかるような事故が発生したときは、除名処分などの処置を言い渡されても、一切異議は申し立てません。

右、謹んで誓約致します。

平成 年 月 日

氏名

Ⓔ