

入会申込書

令和 年 月 日

公益社団法人東京薬事協会
会長 中島 孝 殿

所在地 _____
 名称 _____
 代表者 _____
 役職氏名 _____ (印)

事業 所 概 要	入会目的			
	フリガナ			
	名称			
	フリガナ			
	代表者氏名		大正 昭和 平成	年 月 日生
	所在地	〒	TEL FAX H.P.	
	設立年月日	年 月 日		
	資本金	万円	従業員数	名
主体業務		主な取引先		
管理薬剤師	氏名	薬剤師名簿登録番号 第 号		

紹介者（当協会役員）記入欄	
名称 役員氏名	_____ (印) 役員不在の場合は会員名をご記入ください。

協会記入欄							
受領年月日	年 月 日		承認年月日	年 月 日			
会費月額	級	円					
指数(point)	資本金	売上高	従業員数	合計			

所属団体・協会

代表者の主な経歴	
年 月	事 項

当協会との連絡担当者 所属部署名・氏名・電話等	TEL FAX
----------------------------	------------

全社的該当事項に○印を記入する（今後の取扱品・許可業務には◎）			
最近の年間総売上高(連結)	取 扱 品	許 可 業 務	
年/ 月期 ～ 年/ 月期	医薬品（医療用・一般用）	医薬品製造業	
	医薬品（生薬）	医薬品輸入販売業	
	動物用医薬品	店舗販売業	
	医薬部外品	医薬品卸売販売業	
500億円以上	体外診断用医薬品	動物用医薬品卸売販売業	
250億円以上	試 薬	毒物劇物販売業	
100億円以上	化成品・医療原料	農薬（卸）販売業	
50億円以上	化粧品・化粧品原料	危険物第1種販売取扱所	
10億円以上	医療用具	その他	
5億円以上	食品原料・食品添加物		
1億円以上	農 薬		
1億円未満	その他		