

基本情報シート（譲受会員用）

【極秘】

管理番号	K-			令和 年 月 日	
基本情報	会員区分	<input type="checkbox"/> 会員	<input type="checkbox"/> 非会員	会員番号	
	薬剤師免許の有無	<input type="checkbox"/> 薬剤師 (No. _____)		<input type="checkbox"/> 非薬剤師	
	氏名				
	生年月日	M・T・S・H・R			
	住所	〒			
	電話番号				
	携帯番号				
	FAX番号				
e-mail					
開局状況	開設区分	<input type="checkbox"/> 未開局	<input type="checkbox"/> 個人で開局	<input type="checkbox"/> 法人で開局	
	既開局薬局数	店舗			
	法人の場合法人名				
	法人登記住所	〒			
	開設者電話番号				
	開設者FAX番号				
	開設者e-mail				
個人情報	現況	<input type="checkbox"/> 薬局・管理	<input type="checkbox"/> 薬局・その他	<input type="checkbox"/> 薬局・パート	<input type="checkbox"/> 病院
		<input type="checkbox"/> メーカー	<input type="checkbox"/> 行政	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 無職
	経験年数	薬局	病院	メーカー・行政	その他
		年	年	年	年
	卒業大学(薬)				
	卒業大学院(薬)				
その他学歴					
希望条件	希望形態	<input type="checkbox"/> 調剤	<input type="checkbox"/> OTC	<input type="checkbox"/> 在宅	<input type="checkbox"/> 漢方相談
	希望地区	<input type="checkbox"/> 福岡地区	<input type="checkbox"/> 北九州地区	<input type="checkbox"/> 筑豊地区	<input type="checkbox"/> 筑後地区
	承継タイミング	<input type="checkbox"/> 速やかに	<input type="checkbox"/> 緩やかに	<input type="checkbox"/> 未定	
	譲渡希望金額	円まで	<input type="checkbox"/> 検討中		
その他	自己PR・資格・経験など				