基本情報シート（譲受会員用）

【極秘】

管理番号	K－

令和　　年　　月　　日

□「薬局運営スキルアップ研修」（福岡県薬版CB College）を受講中・受講予定（申込済み）です。*受講が必須です。

基本情報	会員区分	□会員	会員番号（　　）		
	薬剤師免許の有無	□薬剤師	免許番号（　　）		
	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	□未開局	□個人で開局	□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	□薬局・管理	□薬局・その他	□薬局・パート	□病院
		□メーカー	□行政	□その他	□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	□調剤	□OTC	□在宅	□漢方相談
	希望地区	□福岡地区	□北九州地区	□筑豊地区	□筑後地区
	承継タイミング	□速やかに	□緩やかに	□未定	
	譲受希望金額	円まで	□検討中		
その他	自己PR・資格・経験など				

公益社団法人福岡県薬剤師会