

会員登録申込書

記入日 令和 年 月 日

フリガナ		生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 (歳)
氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
住所	〒	自宅電話	
		携帯電話	
		E-Mail	
現在服用 しているお薬	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	<input checked="" type="checkbox"/> あるとお答えの方 (薬品名)	
お薬や食品での アレルギー	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	<input checked="" type="checkbox"/> あるとお答えの方 (薬品名) (食品名)	

薬局記入欄

保険証	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	
保険証 確認項目	有効期限	令和 年 月 日
	記号	
	番号	
	保険者番号	

既往歴	
備考	

領収証

年 月 日

様

¥ 500

上記金額正に領収いたしました。

印



詳しくは下記ホームページをご覧ください。
東京都千代田区神田富山町26番地
ニューヒラノビル1階 TEL:0120-788-791
<http://genki-sokai.jp><薬局紹介ホームページ>
<https://genki-sokai.net><医療健康通販サイト>
<https://y-medical.jp><医療従事者専用通販サイト>

