

静岡県病院薬剤師会会長殿

新規入会届

届出日 平成 年 月 日

フリガナ	旧姓	性別 男 ・ 女	※会員No.
氏 名	旧姓	薬剤師免許証番号	
勤務先名			
生年月日 S・H 年 月 日	卒業大学	卒業年 S・H 年	
会員種別 正会員 (甲・乙)・特別会員・準会員	卒業大学院	修了年 S・H 年(修士・博士)	
E-MAIL		メール案内	希望 ・ 不要
※旧勤務先名	都道府県	病院・薬局	
(特別会員のみ記入) 自宅住所 〒		(特別会員のみ記入) 会誌送付先 勤務先・自宅	
☎ ()			

※ e-mail アドレスは出来れば勤務先のアドレスでお願いします。勤務先での送受信が難しい場合は自宅もしくはメールが届いた事を教えてくれる事務課等をご登録ください。メールで県病薬からのお知らせや勉強会の案内、又日病薬からの情報等を送っております。情報量や添付ファイルが付く場合もありますので携帯アドレスはお勧めしません。スマートフォン等では受取が出来るものもあるようですので、お確かめの上登録下さい。※不明の場合は、後日お知らせください。

変更届 (変更のあった項目を新旧記入下さい)

届出日 平成 年 月 日

・住所	・改名	・転勤	・住所変更	・その他 ()	会員No.
新 ←			旧		
フリガナ					
氏 名					
自宅住所〒	自宅住所〒				
☎ ()	☎ ()				
E-MAIL @	E-MAIL @				
勤務先名					
会員種別 正会員 (甲・乙)・特別会員・準会員	正会員 (甲・乙)・特別会員・準会員				
※正会員の会誌送付先変更事由 産休・育休 ・ その他 ()			産休・育休等の場合 頃より復帰予定		

※特別会員への変更の際は日病薬雑誌の届け先住所を自宅住所欄へ記載して下さい。

退会届

届出日 平成 年 月 日

会員 No.	フリガナ
	氏 名
勤務先名	
他県異動	都道府県 病院・薬局
※退会者で生涯研修認定申請をした場合、認定証を送付希望の方は、送付先を記載してください。	
送付先住所	〒 TEL - -