

静岡県病院薬剤師会<準会員>各種届

静岡県病院薬剤師会会長殿

新規入会届

届出日： 年 月 日

フリガナ	旧姓	性別 男・女	
氏 名	旧姓	薬剤師免許証番号	
勤務先名	生年月日 S・H 年(西暦 年) 月 日		
勤務先住所〒			
TEL： ()		FAX： ()	
卒業大学名	卒業年 S・H・R 年(西暦 年)		
卒業大学院名	修了年 S・H・R 年(西暦 年) (修・博)		
E-MAIL (必須)			
※旧勤務先名	都道府県	病院・薬局	

※印は他県からの異動・転勤の場合に記入してください

- ・メールアドレスは会員の皆様に必要な情報をお知らせするために登録をお願い致します。アドレスをお持ちでない場合や業務専用アドレスで受取れない場合等はフリーメール(Yahooメール・Gmail等)を取得頂く事をご検討ください。

変更届 (変更のあった項目を新旧記入ください)

届出日： 年 月 日

・住所 ・氏名 ・勤務先 ・その他 ()			
新 ←		→ 旧	
フリガナ			
氏 名			
勤務先名			
勤務先住所〒	勤務先住所〒		
TEL： ()	TEL： ()		
FAX： ()	FAX： ()		
E-MAIL @	E-MAIL @		

※特別会員への変更の際は静岡県病院薬剤師会事務局までご連絡ください。

退会届

届出日： 年 月 日

氏 名	フリガナ
勤務先名	

提出・お問合せ先

静岡県病院薬剤師会 事務局

〒422-8063 静岡市駿河区馬淵2丁目16-32

TEL：054-654-3566/FAX：054-289-8115 メール：kenbyoyaku-siz@shps.jp