

(一社)大阪府病院薬剤師会  
施設新規入会・変更届

平成 年 月 日

支部長 殿

下記の事項に変更がありますので連絡いたします。

施設新規入会・変更届

・新規会員 ・再入会 ・変更		※	-
新 ←		旧	
フリガナ			
施設名			
部署名 ・薬剤部・薬剤科・薬局・その他 ( )		部署名 ・薬剤部・薬剤科・薬局・その他 ( )	
住所 〒 -		住所 〒 -	
☎ - -		☎ - -	
FAX - -		FAX - -	
病床数	床	病床数	床
E-MAIL @		E-MAIL @	

- ・太枠内の項目は必ず記入ください。(※印以外) 但し変更の無い項目は空欄で可。
- ・施設の新規入会の際は左側のみ記入してください。
- ・施設名称・病床数・組織改編・移転などの際には新旧の欄をご記入ください。
- ・E-MAIL欄は、取得されていない場合は空欄で可。
- ・病院・診療所の所在地域の支部長を通じて入会・施設変更などの意思表示をしてください。

・詳しくは、(一社)大阪府病院薬剤師会 事務所  
TEL 06(6484)5429 (平日10:00~15:30) までお問い合わせください。  
FAX 06(6484)5439