

施設新規入会・変更届

令和 年 月 日

第 _____ 支部長 様

施設新規入会 施設再入会 施設情報変更 (いずれかに✓をお願いします)

申請者

氏名		勤務先	
所属		役職	(<input type="checkbox"/> 所属長 <input type="checkbox"/> 所属長了承済)

・申請者の役職が所属長以外の場合は、所属長のと承を得たうえで申請願います。

以下のとおり施設情報に変更がありますので、手続きをお願いいたします。

項目	変更後(新)	←	変更前(旧)
<input type="checkbox"/> (フリガナ) 施設名			
<input type="checkbox"/> 部署名	<input type="checkbox"/> 薬剤部 <input type="checkbox"/> 薬剤科 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 薬剤部 <input type="checkbox"/> 薬剤科 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 住所	〒 ー		〒 ー
<input type="checkbox"/> 電話番号	ー ー		ー ー
<input type="checkbox"/> FAX番号	ー ー		ー ー
<input type="checkbox"/> 許可病床数	床		床
<input type="checkbox"/> その他			

- ・該当する変更項目に✓を付けて、変更内容をご記載ください。
- ・変更前の管轄支部長宛にご提出ください。
- ・施設新規入会・施設再入会は、変更後(左側)の全項目をご記載ください。

備考・特記事項(事務局記載欄)

--

- ・個人情報保護法に施行に基づき、ご提供いただいた情報は会員管理の目的以外には使用しません。
 - ・ご不明な点がございましたら、大阪府病院薬剤師会事務局までお問い合わせください。
- 電話 06-6484-5429(平日10:00~15:30) FAX 06-6484-5439