

# 会員情報変更(異動)連絡届及び退会届

令和 年 月 日

第 \_\_\_\_\_ 支部長 様

会員情報変更  退会 (いずれかに✓をお願いします)

申請者

(フリガナ) 氏名		勤務先	
薬剤師免許番号		日病薬会員番号	

## 会員情報変更(異動)連絡届

以下のとおり会員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)氏名			
<input type="checkbox"/> 自宅住所	〒 -		〒 -
<input type="checkbox"/> 電話番号	- -		- -
<input type="checkbox"/> 勤務先	理由 <input type="checkbox"/> 転勤 <input type="checkbox"/> 再就職 <input type="checkbox"/> 他 ( )		
<input type="checkbox"/> 所属			
<input type="checkbox"/> 会員種別	<input type="checkbox"/> 正会員 <input type="checkbox"/> 特別会員		<input type="checkbox"/> 正会員 <input type="checkbox"/> 特別会員
<input type="checkbox"/> 会誌送付先	〒 -		〒 -
	理由 <input type="checkbox"/> 産休・育休( 年 月頃復帰予定) 復帰の際は、会員情報変更(異動)連絡届 <input type="checkbox"/> 他 ( )		を再度ご提出願います。

- ・該当する項目に✓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。
- ・他府県薬剤師会からの異動は新規入会扱いとなります。(日本病院薬剤師会会員は継続扱い)

## 退 会 届

以下の理由にて大阪府病院薬剤師会を退会いたしますので、手続きをお願いいたします。

退会理由	<input type="checkbox"/> 他府県薬剤師会への異動 (異動先都道府県 <input type="checkbox"/> 病院薬剤師会 <input type="checkbox"/> 薬剤師会 ) (勤務先 )
	<input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> その他 ( )
退会日※	令和 年 月 日 ※年度を跨ぐ再入会は入会金が必要となりますのでご注意ください。

- ・太枠内を必ずご記載ください。
- ・他府県病院薬剤師会へ異動は退会扱いとなります。(日本病院薬剤師会会員は継続扱い)
- ・薬剤師会への異動は、本会および日本病院薬剤師会ともに退会扱いとなります。
- ・支部長宛にご提出ください。

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