

入会申込書

令和 年 月 日

第 _____ 支部長 様

令和 年 月 日より、(新規入会 再入会) を希望しますので、
入会手続きをお願いいたします。

申請者

(フリガナ) 氏名			
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
卒業大学	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年卒業		
大学院修了※	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年修了 <input type="checkbox"/> 修士 <input type="checkbox"/> 博士		
薬剤師免許	<input type="checkbox"/> 免許申請中 <input type="checkbox"/> 免許保有 (薬剤師免許番号 _____)		
勤務先			
所属	<input type="checkbox"/> 薬剤部 <input type="checkbox"/> 薬剤科 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
自宅住所	〒 _____		
電話番号	_____ - _____		
会誌送付先 (原則勤務先)	<input type="checkbox"/> 勤務先への送付を希望しない(自宅以外は送付先の住所を記載してください) 理由 (_____) <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 〒 _____ 日本病院薬剤師会雑誌は、正会員は勤務先、特別会員は自宅に送付されます。		
会員種別	<input type="checkbox"/> 正会員 (_____ 年 半期) <input type="checkbox"/> 特別会員 (_____ 年 半期)		
旧勤務先※	都道府県(_____) 施設名称(_____)		

大阪府内施設からの新規入会以外の方のみ

<input type="checkbox"/> 他府県から入会 (日本病院薬剤師会 本年度会費 <input type="checkbox"/> 支払済 <input type="checkbox"/> 支払未 日病薬会員番号 ※(_____) <input type="checkbox"/> 本会再入会 (退会時期 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 _____ 年)

- ・太枠内の項目を必ずご記載ください。(※は該当者のみご記載ください)
- ・勤務施設の管轄支部長宛にご提出ください。
- ・自己都合での退会後に再入会する場合は、入会金が必要です。(但し、同一年度内の再入会は入会金不要)

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