一般社団法人　大阪府病院薬剤師会

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）
☐	(フリガナ) 氏　名		
☐	自宅住所	〒　　－	〒　　－
☐	電話番号	－　　－	－　　－
☐	勤務先	理由　☐ 転勤　☐ 再就職 ☐ 他（　　）	
☐	所　属		
☐	会員種別	☐ 正会員　☐ 特別会員	☐ 正会員　☐ 特別会員
☐	会誌送付先 （原則勤務先）	☐ 勤務先　☐ 自宅　☐ その他（住所を記載） 〒　　－	☐ 勤務先　☐ 自宅　☐ その他（住所を記載） 〒　　－
		理　由　☐ 産休・育休（　　年　　月頃復帰予定） ☐ 他（　　）　復帰の際は、会員情報変更（異動）連絡届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	☐ 他府県薬剤師会への異動　（異動先都道府県　　☐ 病院薬剤師会　☐ 薬剤師会　） （勤務先　　） ☐ 退職　☐ 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留意ください。

・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所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