一般社団法人　大阪府病院薬剤師会

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

(フリガナ) 氏　名		勤務先	
所　属		役　職	（ ☐ 所属長　　☐ 所属長了承済 ）

・申請者の役職が所属長以外の場合は、所属長の了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）
☐	(フリガナ) 施設名		
☐	部署名	☐ 薬剤部　☐ 薬剤科　☐ 薬局 ☐ その他　（　　）	☐ 薬剤部　☐ 薬剤科　☐ 薬局 ☐ その他　（　　）
☐	住　所	〒　　－	〒　　－
☐	電話番号	－　　－	－　　－
☐	FAX番号	－　　－	－　　－
☐	許可病床数	床	床
☐	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