

(一社)大阪府病院薬剤師会入会申込書

平成 年 月 日

支部長 殿

平成 年 月 日より(入会・再入会)を希望しますので手続きをお願いします。

フリガナ	旧姓	性別 男・女	※ ₁ 日病薬会員No.
氏名	旧姓	薬剤師免許証番号	
勤務先名			
生年月日 S・H 年 月 日	卒業大学 _____ 大学 卒業年 S・H 年		
会員種別 正会員(年・半期)/特別会員(年・半期)	修了大学院 _____ 大学 修了年 S・H 年(修士・博士)		
E-MAIL @			
※ ₂ 旧勤務先名	都道府県		
自宅住所 〒 -	会誌送付先	病院・薬局 勤務先・自宅	
☎ - -			
・他府県からの入会の方 本年度日病薬会費の支払い(済・未)		・O. H. P. 再入会の方 以前入会の時期 (年頃)	

- ・太枠内の項目は必ずご記入ください。(※₁印以外)
- ・新卒者で免許証番号が不明な場合は空欄で可。(後日事務所へお知らせください)
- ・※₂印の欄は、再入会および他府県からの転入の場合には必ずご記入ください。(日病薬会員No.)
- ・E-MAIL欄は、取得されていない場合は空欄で可。
- ・個人情報保護法の施行に基づき、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。
- ・日本病院薬剤師会雑誌の送付先は、原則勤務先(特別会員は自宅宛)になります。
- ・あなたが勤務する病院・診療所の所在地域の支部長を通じて入会の意思表示をしてください。

- ・詳しくは、(一社)大阪府病院薬剤師会 事務所
TEL 06(6484)5429 (平日10:00~15:30) までお問い合わせください。
FAX 06(6484)5439