

(一社)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

平成 年 月 日

支部長 殿

下記の事項に変更がありますので連絡いたします。

変更(異動)届

・住所 ・改名 ・転勤 ・住所変更 ・その他 () 日病薬会員No.	
新 ← 旧	
フリガナ	
氏名	
自宅住所 〒 -	自宅住所 〒 -
☎ - -	☎ - -
E-MAIL @	E-MAIL @
勤務先名	
会員種別 正会員 ・ 特別会員	正会員 ・ 特別会員
※正会員の会誌送付先変更事由 産休・育休の場合 産休・育休 ・ その他 ()	頃より復帰予定 (復帰した際にご連絡ください)

※ 変更事由について、当会が正当でないと判断した場合には、変更は行いません。予めご了承ください。

- ・太枠内の項目は必ず記入ください。(※印以外)
- ・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。
- ・他府県からの転入の際には当会は変更届では無く新入会となります。(日病薬は継続です)

退会届

日病薬会員 No.	フリガナ
	氏名
勤務先名	
他府県異動	都道 病院 府県 薬局 →異動

- ・他府県へ移動の際当会は退会となります。(日病薬は継続です)
- ・病院・診療所の所在地域の支部長を通じて変更・退会など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