

会員届出用紙

入会異動年月日平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

一般社団法人埼玉県病院薬剤師会会長殿

下記の通り届出致します。

届出者氏名 _____

届出事項	届出事項 (○で囲んでください)	
	・入会 ・退会 ・変更 ⇒ ・改名 (旧氏名欄に記入のこと) ・住所 ・勤務先 (旧勤務先欄に記入のこと) ・会員区分 (旧区分A B C D ⇒新区分 A B C D)	
全て記入して下さい	フリガナ	性別
	氏名	男 女
	生年月日	会員区分 (○で囲んでください)
	昭和 平成 年 月 日生	A B C D
	自宅住所 〒	
	電話番号	
	薬剤師名簿登録番号	日病薬会員No
第 号		
最終学歴		
大学・大学院名		
卒業・修了年 (修士 博士) 昭和 平成 年卒		
勤務先		
施設名		
住所 〒		
電話	FAX	
旧氏名	旧勤務先 施設名	

* 記入上の注意:

- 1) 異動があった場合は、速やかに事務局にFAX、郵送、Email添付で提出して下さい。
- 2) 会員区分 (一般社団法人埼玉県病院薬剤師会定款第3章参照)
 - A 正会員で日本病院薬剤師会+埼玉県病院薬剤師会に入会の方
 - B 正会員で埼玉県病院薬剤師会に入会の方
 - C 正会員以外で日本病院薬剤師会+埼玉県病院薬剤師会に入会の方
 - D 正会員以外で埼玉県病院薬剤師会に入会の方

* その他の注意

- 1) 入会は理事会の承認のうえ決定する。
- 2) 入会届受付後、数日以内に「入会申込受付確認書」をFAXする。
- 3) 届け出内容は会員名簿、会誌に掲載する。
- 4) 会費が期限内に納入されない時、処分対象となる場合がある。
- 5) 一旦納入された会費は返還されない。

* 一般社団法人埼玉県病院薬剤師会 事務局

TEL048-829-7698 FAX 048-829-7952 E-Mail jimukyoku@saibyoyaku.or.jp