

平成 年 月 日

社団法人 埼玉県病院薬剤師会会長殿

私は下記事項に同意し、貴会に入会を申し込みます。

- 1 入会は理事会の承認のうえ決定する。
- 2 入会・退会・転勤などの状況は会誌「埼玉病薬」に氏名などが掲載となる。
- 3 会員は会員名簿で氏名などが掲載となる。
- 4 定められた会費は納入する。
- 5 会費が再度の請求にもかかわらず1年以上納入されない時、処分の対象となることがある。
- 6 いったん納入した会費は返還されない。

入 会 申 込 書

フリガナ			性別	男性	・	女性
氏名			生年月日	_____年_____月_____日		
厚生労働省薬剤師名簿：登録番号 第_____号（登録日_____年_____月_____日）						
最終学歴	大学・大学院名：_____ 卒業（修了）年：_____年_____月					
自宅	住所	〒_____				
	電話番号	()	—	FAX ()	—	
	e-mail					
勤務先	フリガナ				薬剤部門正式名称	
	施設名					
	住所					
	電話番号					
	FAX 番号					
	施設長名			病床数	床	
転入	他の都道府県病院薬剤師会に加入していて当会に転入する場合、従来の都道府県名と日本病院薬剤師会の会員番号を記載してください。 都道府県名：_____日病薬会員番号：_____					