|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 入会・退会・変更届届出日　　　　　　　 　年　　　　月　　　　日大分県病院薬剤師会会長　殿※は、該当する場合のみご記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ | （※旧姓　　　　　　　　） | ※日病薬会員№ |
| 氏　　名 | （※旧姓　　　　　　　　） | 会員種別　　　□　正会員　　・　□　特別会員 |
| 勤務先名 　 |

下記のとおり、　□　新規入会、　□　変更、　□　退会　を届出いたします。□　新規入会

|  |  |
| --- | --- |
| 卒業大学　　　　　 卒業年　Ｓ･Ｈ･R　　　年 | ※卒業大学院　　　　 修了年　Ｓ・Ｈ・R　　　年(修士・博士） |
| ※旧勤務先名　　　　　　　　　　都道府県　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 病院　・　薬局 |

□　変更　（該当箇所のみご記入ください。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 変更後 | 変更前 |
| フリガナ |  |  |
| 氏　　名 |  |  |
| 自宅住所 | 〒☎　　　（　　　　） | 〒☎　　　（　　　　） |
| E-MAIL | 　　　　　　　　　　　＠ | 　　　　　　　　　　　＠ |
| 勤務先 |  |  |
| 会員種別 | □　正会員　・　□　特別会員 | □　正会員　・　□　特別会員 |
| 会誌送付先 | 〒 | 〒 |
| 変更事由　　□産休　□育休　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）※産休･育休等の場合（　　　　　　年　　　月）頃より復帰予定(復帰した際はご連絡ください) |

□　退会

|  |
| --- |
| ※他県異動の場合お書きください　　　　　　　　　　　都道府県　　　　　　　　　　　　　　　　　 病院　・　薬局へ異動 |

\*必要事項をご記入の上、下記にメールにてお送りください。送付先：　office01@oita-shp.jp　（大分県病院薬剤師会事務局） 〒876-0047　大分県佐伯市鶴岡西町２丁目266番地 西田病院薬剤部内　TEL&FAX　(0972)22-0578 |