

新規入会届

フリガナ	旧姓	性別 男・女	※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	卒業年 S・H 年	
会員種別 正会員(年・半期)／特別会員(年・半期)	卒業大学院	修了年 S・H 年(修士・博士)	
E-MAIL @			
※旧勤務先名	都道府県	病院・薬局	
(特別会員のみ記入) 自宅住所 〒		(特別会員のみ記入) 会誌送付先 勤務先・自宅	
☎ ()			

- ・太枠内の項目は必ず記入ください。
- ・※印の欄は、再入会の場合には必ずご記入ください。
- ・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は使用いたしません。

変更届

・住所	・改名	・転勤	・住所変更	・その他 ()	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・その他 ()			産休・育休等の場合 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。

退会届

会員 No.	フリガナ
	氏名
勤務先名	
他県異動	都道府県 病院 薬局 へ異動

【届出先】

三重県病院薬剤師会 事務局 E-MAIL : ryo-k@clin.medic.mie-u.ac.jp

TEL : 059-231-5180 FAX:059-232-1201

施設新規入会・変更届

・新規会員 ・再入会 ・変更	* -
新	旧
フリガナ	
施設名	
部署名 ・薬剤部・薬剤科・薬局・その他()	部署名 ・薬剤部・薬剤科・薬局・その他()
住所〒	住所〒
☎ ()	☎ ()
F A X ()	F A X ()
病床数 床	病床数 床
E-MAIL @	E-MAIL @

【届出先】

三重県病院薬剤師会 事務局 E-MAIL : ryo-k@clin.medic.mie-u.ac.jp
 TEL : 059-231-5180 FAX:059-232-1201