

# 入 会 届 (2024 版)

静岡県病院薬剤師会会長殿

届出日：西暦 年 月 日

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(西暦 年) 月 日		
卒業大学名	卒業年 S・H・R 年(西暦 年)		
卒業大学院名	修了年 S・H・R 年(西暦 年) (修・博)		
会員種別	正会員(甲・乙)・特別会員・準会員		
E-MAIL (必須)			
※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
☎ ( )			

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(西暦 年) 月 日		
卒業大学名	卒業年 S・H・R 年(西暦 年)		
卒業大学院名	修了年 S・H・R 年(西暦 年) (修・博)		
会員種別	正会員(甲・乙)・特別会員・準会員		
E-MAIL (必須)			
※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
☎ ( )			

※1 ページに2名分までご登録頂けます。人数が足りない場合は適宜コピーしてご利用ください。

- ・太枠内の項目は必ずご記入下さい。卒業年、修了年は暦年でご記入下さい。
- ・※印は他県からの異動・転勤や再入会の場合には必ず記入してください
- ・メールアドレスは会員の皆様に必要な情報をお知らせするために登録をお願い致します。アドレスをお持ちでない場合や業務専用アドレスでメールマガジン記事を受取れない場合等はフリーメール(Yahoo メール・Gmail 等)を取得頂く事をご検討ください。
- ・ご提供いただいた情報は会員管理の目的以外には使用いたしません。

## 【届出先】

静岡県病院薬剤師会 事務局 E-mail : kenbyoyaku-siz@shps.jp