

届出日 令和 年 月 日

一般社団法人 和歌山県病院薬剤師会 入会・変更・退会届

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・R 年
会員種別	正会員 ・ 特別会員	卒業大学院	修了年 S・H・R 年 修・博
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	
☎ ( )			

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 (復帰した際はご連絡ください)

退 会 届

会員 No.	フリガナ
	氏 名
勤務先名	
他県異動	都道 病院 府県 薬局 →異動

- ・ 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。
- ・ ※の欄は、再入会の場合には必ずご記入ください。
- ・ 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】(一社) 和歌山県病院薬剤師会事務局

E-MAIL : byoyaku@wakayama-med. ac. jp