

届出日 平成 年 月 日

## 新規入会届

第1号様式

フリガナ	旧姓	性別 男・女	※会員No.
氏名 印	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/特別会員	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

第2号様式

・住所 ・改名 ・転勤 ・住所変更 ・その他 ( ) 会員No.	
新 ←	旧
フリガナ	
氏名 印	
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

第3号様式

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

## 【届出先】

香川県病院薬剤師会 事務局 E-Mail : byoyaku@med.kagawa-u.ac.jp

FAX : 087-891-2318

届出日 平成 年 月 日

## 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】

香川県病院薬剤師会 事務局 E-Mail : [byoyaku@med.kagawa-u.ac.jp](mailto:byoyaku@med.kagawa-u.ac.jp)

FAX : 087-891-2318