届出日　令和 　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№ |
| 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・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(修士・博士） |
| E-MAIL　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ＠ |
| ※旧勤務先名　　　　　　　　　都道府県　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　病院・薬局 |
|   | 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№ |
| 　　　　　　　　　　　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(復帰した際はご連絡ください) |

* 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　　№ | フリガナ　　　 |
| 氏　名　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 勤務先名　　　 |
| 他県異動　　　　　　　　　都道　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　病院　　　　　　　　　　　　　府県　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　薬局　へ異動 |

**【届出先】**

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

**FAX : 087-891-2318**

届出日　令和 　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〒☎　　　　　（　　　　） |
| ＦＡＸ　　　（　　　　） | ＦＡＸ　　　（　　　　） |
| 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-u-m@kagawa-u.ac.jp**

**FAX : 087-891-2318**