

新規入会届

フリガナ	旧姓	性別 男 ・ 女	※日病薬会員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(修士・博士)
E-MAIL	@	メーリングリストへの登録 する ・ しない	
※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ご記入下さい。卒業年、修了年は暦年でご記入下さい。
- ・※印の欄は、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。

変更届

・住所 ・改名 ・転勤 ・住所変更 ・その他 () 日病薬会員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)

- ・群馬県外の医療機関へ転勤する場合は、退会届を提出して下さい。

退会届

日病薬会員 No.	フリガナ
	氏 名
退会時の勤務先名	
他県へ異動の場合は異動先を記入 都道 病院 府県 薬局 へ異動	

【届出先】群馬県病院薬剤師会のホームページより本様式をダウンロードし、メールに添付して下記までお送りください。

群馬県病院薬剤師会事務局 E-MAIL : Gunmabyoyaku-soc@umin.ac.jp