

# 山口県病院薬剤師会

- 入 会 申 込 書  
 変 更 ( 訂 正 ) 届  
 退 会 届  
 該当項目にをして下さい

薬剤師免許申請中の人は登録番号を後日連絡して下さい。 提出年月日 年 月 日

フリガナ 氏 名		旧姓	支 部 名	支 部
薬 剤 師 登 録 番 号	第	号	生年月日 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 男 年 月 日 <input type="checkbox"/> 女	
出 身 校	大学・専門学校		大学院(修・博)	
	年	月	卒	年 月 修了
勤 務 先	<input type="checkbox"/> 郵便番号	-		
	<input type="checkbox"/> 所在地			
	<input type="checkbox"/> 勤務先名			
	<input type="checkbox"/> 電話番号	-	-	<input type="checkbox"/> 病床数 床
	<input type="checkbox"/> FAX番号	-	-	
自 宅	<input type="checkbox"/> 郵便番号	-		
	<input type="checkbox"/> 住 所			
	<input type="checkbox"/> 電話番号	-	-	
<input type="checkbox"/> 職種区分	<input type="checkbox"/> 薬局長 <input type="checkbox"/> その他			
<input type="checkbox"/> 会員区分	<input type="checkbox"/> 正会員 I <input type="checkbox"/> 正会員 II <input type="checkbox"/> 正会員 III <input type="checkbox"/> 特別会員 <input type="checkbox"/> 準会員			
<input type="checkbox"/> 会費納入者	<input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> その他(具体的に )			
変更の場合変更理由を 具体的に記入	<input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 改名 <input type="checkbox"/> 転勤 <input type="checkbox"/> その他 (変更前) <span style="display: inline-block; width: 200px; border-bottom: 1px solid black;"></span> (変更後)			

【提出先】地区担当理事→県病薬事務局

**【記入上の注意】**

変更・退会の場合は、届出の種類と変更箇所の番号にをし、支部名・氏名・薬剤師登録番号・勤務先名・会員区分と(変更箇所)のみ記入して下さい。(変更の場合変更理由を具体的に記入)

正会員 I 及び正会員 II(県薬ではB会員)は別に山口県薬剤師会用の入会申込書がいます。