

福井県病院薬剤師会会長 殿

□ 新規入会届

届出日 年 月 日

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 T・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	
☎ ()			

病院勤務薬剤師は正会員、それ以外は特別会員

※欄は、再入会の場合記入してください。

□ 退会届

届出日 年 月 日

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

□ 変更届

届出日 年 月 日

・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
※正会員の会誌送付先変更事由	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)
産休・育休 ・ その他()	

* 産休・育休の場合、日病薬会費未納のままでは自動退会となります。

会員継続を希望される場合は必ず会費を納入して下さい。

(連絡先)

福井県病院薬剤師会事務局

〒910-1193 福井県吉田郡永平寺町松岡下合月 23-3

福井大学医学部附属病院 薬剤部 上谷幸男 奥村直也

TEL:0776-61-3111