

入 会 届

※下記会員区分にチェックしてください

(会員区分 : 正会員 特別会員)

ふりがな 氏 名	男 女	会員番号 (他県から異動の方はご記入下さい)
勤 務 先	施設名 (病床数 床)	(役職等)
	所在地 〒	TEL ()
自宅住所 〒	※ 日病薬名簿に自宅住所を記載されない方はこの欄は記入不要です TEL ()	
卒業大学(大学院)名	卒業年 S ・ H 年	(6年制・4年制・修士・博士)

※ 他県から異動された方は旧勤務先を記入 (県 病院)

退 会 届

ふりがな 氏 名	男 女	※会員番号
勤務先名		
他県異動	都道府県	病院 薬局へ異動

変 更 届

変更・改名・異動	※会員番号
新	旧
ふりがな 氏 名	
自宅住所 (名簿に記載しない場合は記入不要) 〒	〒
TEL ()	TEL ()
勤務先名	
所在地 〒	〒
TEL ()	TEL ()

*必要事項をご記入の上、郵便または FAX にて下記までお送りください

送付先：熊本県病院薬剤師会事務局

〒860-8556

熊本市中央区本荘1丁目1番1号

熊本大学病院薬剤部内

TEL(096)373-5837

FAX(096)373-5824

会費納入確認日

名簿登録日