熊本県病院薬剤師会会長　殿　　令和　　年　　月　　日

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）
生年月日：(西暦)　　年　　月　　日			
勤務先	施設名 （病床数　　床）		（役職等）
	所在地　〒 TEL　　（　　）		
自宅住所　〒 TEL　　（　　）	※　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		
卒業大学(大学院)名	卒業年　S・H・R　　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　　TEL(096)373-5837
熊本大学病院薬剤部内　　FAX(096)373-5824

会費納入確認日
名簿登録日