

届出日：平成 年 月 日

入会申込書

一般社団法人

千葉県病院薬剤師会会長 殿

フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> S. 年 月 日 <input type="checkbox"/> H.
薬剤師登録番号		第 号	
自宅 (特別会員のみに)	住所	〒	
	電話番号		
	FAX番号		
	E-mail		
学歴	卒業大学	卒業年	<input type="checkbox"/> S. 年 <input type="checkbox"/> H.
	卒業大学院	修了年	<input type="checkbox"/> S. 年 <input type="checkbox"/> H. (<input type="checkbox"/> 修士 <input type="checkbox"/> 博士)
勤務先	フリガナ		
	施設名	部署名:	病床数: 床
	住所	〒	
	電話番号		
	FAX番号		
	E-mail		
支部名 (チェックしてください)			
<input type="checkbox"/> 中央 <input type="checkbox"/> 東部			
<input type="checkbox"/> 西部 <input type="checkbox"/> 北部			
<input type="checkbox"/> 南部 <input type="checkbox"/> 外房			
<input type="checkbox"/> 印旛			
会員区分	<input type="checkbox"/> A会員	千葉県病院薬剤師会・日本病院薬剤師会・千葉県薬剤師会・日本薬剤師会	
	<input type="checkbox"/> B会員	千葉県病院薬剤師会・日本病院薬剤師会	
転入	他の都道府県病院薬剤師会に加入していて当会に転入する場合、従来の都道府県名と日本病院薬剤師会の会員番号・会費納入状況を記載してください。 都道府県名: 会員番号: 最終会費納入日:		

《事務局記入欄》

受付日	平成 年 月 日	会員証	
日病通知日	平成 年 月 日	名簿	
県薬通知日	平成 年 月 日	区分	
会費納入確認	平成 年 月 日	P C	