

別紙

一般社団法人栃木県病院薬剤師会 御中

届出日 平成 年 月 日

新規入会届

| | | | |
|----------------------|-------|----------------------------|-----------|
| フリガナ | 旧姓 | 性別 男・女 | ※日病薬会員No. |
| 氏名 | 旧姓 | 薬剤師免許番号 | |
| 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 | |
| ☎ () | | | |

- ・ 太枠内の項目は必ず記入ください。
- ・ ※印の欄は、再入会の場合には必ずご記入ください。
- ・ 個人情報保護法の施行に基づき、ご提供いただいた情報は会員管理の目的以外は使用いたしません。

【提出先】 一般社団法人栃木県病院薬剤師会 事務局 E-Mail : jimukyoku@tshp.ne.jp
FAX : 0285-58-7191