

会員住所録 (必ず提出願います)

施設名（正式名称で） _____ 病床数 _____ 床

所在地（〒 _____ ） TEL _____

FAX _____

所属部署名称 薬局・薬剤部・薬剤課・薬剤科・その他（ _____ ）

薬剤師数 _____ 名 うち札病薬会員数 _____ 名

変更が無くても、上記の項目及び下記の氏名欄は必ずご記入下さい。（名簿掲載順に）

新規入会及び異動がある場合には、**入会申込書・異動届（様式1）**にも記入して下さい。

自宅住所等の変更および訂正は**前回名簿から変更および訂正のあったときのみ**ご記入下さい。

（変更届も別途提出願います）

新規入会の方はすべてご記入下さい。郵便番号は7桁で記入してください。

刀ガナ 氏名	変更	自宅住所	卒業大学 卒業年	卒業大学院 修了年
	無 新 有	(〒 _____) (TEL _____)	S・H・R 年卒	S・H・R 年 (修士・博士)
	無 新 有	(〒 _____) (TEL _____)	S・H・R 年卒	S・H・R 年 (修士・博士)
	無 新 有	(〒 _____) (TEL _____)	S・H・R 年卒	S・H・R 年 (修士・博士)
	無 新 有	(〒 _____) (TEL _____)	S・H・R 年卒	S・H・R 年 (修士・博士)
	無 新 有	(〒 _____) (TEL _____)	S・H・R 年卒	S・H・R 年 (修士・博士)
	無 新 有	(〒 _____) (TEL _____)	S・H・R 年卒	S・H・R 年 (修士・博士)
	無 新 有	(〒 _____) (TEL _____)	S・H・R 年卒	S・H・R 年 (修士・博士)
	無 新 有	(〒 _____) (TEL _____)	S・H・R 年卒	S・H・R 年 (修士・博士)
	無 新 有	(〒 _____) (TEL _____)	S・H・R 年卒	S・H・R 年 (修士・博士)
	無 新 有	(〒 _____) (TEL _____)	S・H・R 年卒	S・H・R 年 (修士・博士)

※個人情報の取扱いについて

1. 提供いただいた個人情報は、安全に管理し、保護の徹底に努めます。
2. 提供いただいた個人情報は、本会に関わる事務手続きに使用します。また、本会が実施するセミナー等の事業案内のためにも使用する場合があります。
3. 提供いただいた個人情報は、北海道病院薬剤師会発行の会員名簿に掲載されます。
4. 個人情報の開示、訂正、削除については当会事務局までお問い合わせ下さい。