

様式1

会員入会申込書

届出日 20 年 月 日

フリガナ 氏名	性別 男・女 ※会員No.
勤務先名	薬剤師免許番号 号
勤務先住所 〒	
☎ () (床) (部署名称)	
生年月日 S・H 年 月 日	
会員種別 正会員 / 特別会員	
卒業大学 卒業年 S・H・R 年	
卒業大学院 修了年 S・H・R 年 (修士・博士)	
※旧勤務先名 都道府県 病院・薬局	
自宅住所 〒	
☎ ()	
北病薬会員名簿への掲載の可否(可・否)	日病薬会員名簿への掲載の可否(可・否)

特別会員への送付物はご自宅へ送付されます。
※印欄は、再入会の場合には必ずご記入ください。
会費徴収期限(6月末日)を過ぎて会費が納入されない場合は、退会扱いとなります。それ以降は新規入会として手続きが必要となりますのでご注意ください。
新規入会及び異動がある場合には該当する項目を記入の上、下記まで郵送してください。また、会費納入時は、会員住所録とあわせて郵送してください。

《郵送先》〒062-8631 札幌市豊平区平岸1条8丁目5-12
一般社団法人札幌薬剤師会内 札幌病薬会員登録担当 宛
FAX 011-814-0093

この用紙をコピーして、一人一葉でご使用下さい。 ※問い合わせ等は、札幌薬事事務局の担当者にご連絡ください。
《問い合わせ先》中村記念病院 薬剤部内 札幌病院薬剤師会 事務局
TEL(代表)011-231-8555

個人情報の取り扱いについて
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ください。

会員異動届

届出日 20 年 月 日

退会	フリガナ	会員No.
	氏名	勤務先名

氏名変更	フリガナ	フリガナ
	新氏名	旧氏名
	会員No.	

自宅住所変更	フリガナ	会員No.
	氏名	
	新住所(〒)	TEL ()

勤務先変更	フリガナ	会員No.
	氏名	旧支部
	フリガナ	旧勤務先
	新勤務先 (床) (部署名称)	
	新勤務先所在地(〒) TEL () FAX ()	
	名簿順位 (無記入の場合、最下段とします。)	
	[氏名]の次に挿入する	

種別変更 正会員→特別(個人)会員 特別(個人)会員→正会員