

入会・変更通知書(会員用)

年 月 日

(入会・異動・改姓・退会・その他) 該当に○をして下さい

フリガナ		旧姓	男・女	※会員No.
氏名		旧姓		勤務先
勤務先住所 〒			TEL: () FAX: ()	
自宅住所 〒			TEL: ()	
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)			
会員種別	正会員／特別会員	※旧勤務先	都道府県	病院・薬局
特別会員のみ記入) 自宅住所 〒				
TEL: ()				

- (注) ・変更事項、及び氏名・施設名をご記入ください。
 ・氏名には必ずふりがなをして下さい。
 ・FAX番号は、できるだけ薬剤科(薬局)直通の番号をご記入下さい。
 ・他県からの異動の先生は以前の勤務先及び会員IDをお願いします。

* 勤務先に岩手県病院薬剤師会の会員がいない場合は、お手数ですが下記の所属施設情報もお知らせください。

許可病床数	床
薬剤管理指導料の施設基準に係る届出	あり / なし
病棟薬剤業務実施加算の算定	している / していない

(送り先)

〒028-3695 紫波郡矢巾町医大通二丁目1番1号
 岩手医科大学附属病院 薬剤部内
 岩手県病院薬剤師会 総務委員会
 TEL:019(613)7111(内線 4210)
 FAX:019(907)2721(薬剤部直通)