

入 会 届

届出日 令和 年 月 日

フリガナ	旧姓	性別 男・女	※会員No.
氏 名	旧姓	薬剤師免許証番号	
勤務先名			
※旧勤務先名	都道府県	病院・薬局	
生年月日 S・H 年 月 日	卒業大学	卒業年 S・H・R	年
会員種別 正会員・特別会員	卒業大学院	修了年 S・H・R	年(修士・博士)
※卒業年、修了年は暦年でご記入下さい(令和4年3月に卒業された方はR4年となります)			
北病薬 会員名簿への掲載の可否	(掲載する)	(掲載しない)	※ どちらかに○を付ける
日病薬 会員名簿への掲載の可否	(掲載する)	(掲載しない)	※ どちらかに○を付ける
E-MAIL	@		
(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ご記入下さい。卒業年、修了年は暦年でご記入下さい(平成28年3月に卒業された方はH28年となります)。
- ・ ※印の欄は、再入会の場合には必ずご記入ください。
- ・ ご提供いただいた情報は会員管理の目的以外には使用いたしません。
- ・ 新卒薬剤師の方は、薬剤師登録番号は空欄でも構いません。
- ・ 正会員の方は自宅住所の記入は不要です。自宅住所を変更する場合の届出も不要です。
- ・ 会員番号は日病薬ホームページでご確認の上、お間違えの無いようお願いいたします。
- ・ 旧姓の記入は、別姓で再入会される方のみお願いします。

【届出先】①入会される方は必要事項をご記入の上、所属する支部事務局へ提出下さい。

<https://hokubyo.or.jp/about/>

②支部事務局→北海道病院薬剤師会事務局への提出先:

member-hokubyo@pharm.hokudai.ac.jp