

(様式1)

入 会 申 込 書

岡山県病院薬剤師会 会長 殿

会則により岡山県病院薬剤師会に入会を申し込みます。

令和 年 月 日

会 員 種 別	1. 正会員		2. 特別会員	
ふ り が な			性 別	男 女
氏 名				
メールアドレス				
自 宅 住 所	〒 — TEL① TEL②			
出 身 大 学			卒 業 年 次	年 月
勤 務 先 名			他病薬からの 移動 ¹⁾	
名簿の順位 ²⁾	の 下 の 上 最下位 最上位			

1) 他の病薬からの移動の場合は前病薬の都道府県名を記入してください。

2) 薬剤部長等の部署責任者は名簿の最上位に位置してください。

施設情報

(施設情報は新規施設の場合に記載してください)

所 在 地	〒 —					
TEL/FAX	代 表	TEL		薬 剤 部 薬 剤 科 薬 局	TEL	
		FAX			FAX	
経 営 主 体						
診 療 科 目						
院 長 名		病 床 数		床 薬 剤 師 数		名

個人情報保護法の施行に基づき、ご提供頂いた情報は会員管理の目的以外には使用いたしません。

【入会申込書送付先】

〒700-8558

岡山県岡山市北区鹿田町2-5-1 岡山大学病院 薬剤部内

岡山県病院薬剤師会 事務局（庶務担当） TEL：086-235-7654 FAX：086-235-7796