

新潟県薬剤師会学校薬剤師部会入会・変更届

年 月 日

薬剤師会会長 様
新潟県薬剤師会会長 様

受付年月日
地 域： 年 月 日
県 薬： 年 月 日

貴会学校薬剤師部会規程に基づき入会・変更を届出します。
※下記事項を記入の上、所属地域薬剤師会へ提出してください。

※お届けの内容に沿って、下記【入会・変更】の該当箇所に○印をお願いします。

【 ・ 入 会 ・ 変 更 】

	日薬会員番号	所属地域薬剤師会	薬剤師会
入会者 (変更含む)	フリガナ		年 月 日
	氏 名		生年月日 年 月 日
	薬 剤 師 免 許 番 号		
	自宅住所	〒	
		電話番号	FAX 番号
勤務先	名 称		
	住 所	〒	
		電話番号：	FAX 番号
担 当 校			
連絡先	電話番号	(自宅 ・ 勤務先) どちらかに○をつけて下さい。	
	E-mail	E-mail：	
備考			

R7.4.1~

※お手数ですが、氏名・フリガナは正しくご記入ください（略字等は使用しないようお願いいたします）