

入会申込書

年 月 日

支部長 様
新潟県学校薬剤師会 会長 様

受付年月日
支 部 : 年 月 日
県学薬 : 年 月 日

貴学校薬剤師会会則に基づき入会を申込みます。
※下記事項を記入の上、所属支部長へ提出してください。

日薬会員番号		所属支部	支部
入会者	フリガナ	生年月日	年 月 日
	氏 名		
	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
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			

変更届

年 月 日

支部長 様
新潟県学校薬剤師会長 様

受付年月日
支 部： 年 月 日
県学薬： 年 月 日

下記の事項が変更になりましたので、届出いたします。
※変更箇所を記入の上、所属支部長へ提出してください。

日薬会員番号		所属支部	支部
入 会 者	フリガナ	生年月日	年 月 日
	氏 名		
	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
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			

退 会 届

年 月 日

支部長 様
新潟県学校薬剤師会長 様

受付年月日	
支 部 :	年 月 日
県学薬 :	年 月 日

下記により退会の届出をします。

※下記事項を記入の上、所属支部長へ提出してください。

氏 名	
住 所	〒
連 絡 先	電話番号 : E-mail :
退会の理由	
退会年月日	