

別紙

一般社団法人栃木県病院薬剤師会 御中

届出日 年 月 日

新規入会届

フリガナ	旧姓	性別 男・女	※日病薬会員No.
氏 名	旧姓	薬剤師免許番号	
勤務先名			
生年月日 T・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)		
E-MAIL @			
※旧勤務先名	都道府県	病院・薬局	
(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記入ください。
- ・※印の欄は、再入会の場合には必ずご記入ください。
- ・個人情報保護法の施行に基づき、ご提供いただいた情報は会員管理の目的以外は使用いたしません。

【提出先】 一般社団法人栃木県病院薬剤師会 事務局 E-Mail : jimukyoku@tshp.ne.jp
FAX : 0287-23-9854