

届出日 令和 年 月 日

長崎県病院薬剤師会会長 殿

新規入会申込書

フリガナ	性別 男・女	*会員 No.
氏 名	薬剤師免許証番号 号	
生年月日 S・H・R 年 月 日	会員種別 正会員 / 特別会員	
自宅住所 ㊦		
☎ ( ) E-mail		
勤務先名	勤務先の病薬会員数 名	
卒業大学	卒業年	S・H・R 年
〃 修士	修了年	S・H・R 年
〃 博士	修了年	S・H・R 年
*旧勤務先名	都道府県	病院・薬局

\*印の欄は、再入会の場合には必ずご記入ください。

(送り先) 長崎大学病院 薬剤部内 長崎県病院薬剤師会 庶務担当 中川博雄、能勢誠一  
〒852-8501 長崎市坂本1丁目7番1号  
Fax 095 (819) 7251 E-mail: INFO-nagasaki-hp@umin.ac.jp

長崎県病薬会誌では、新入会員を紹介しています。事務局で受け付けた順番で掲載致します。  
下記の項目への記載をお願いします。掲載を希望しない項目は、記入なしで結構です。

氏名
出身地 都道府県
出身大学
勤務先名称
趣味 特技
好きなスポーツ
好きなタレント
抱負など

新規入会申込書は、長崎県病院薬剤師会 HP よりエクセルファイルをダウンロードして、上記メールアドレス宛にお送りください。なお、本用紙での FAX も受付可能です。