

送信先 FAX 042-721-1560 (学会事務局)

日本地域薬局薬学会入会(登録内容変更 / 退会)申込書

登録内容の変更の場合は、ご氏名の他、変更事項の部分だけご記入ください。

退会の方は、ご氏名の他、退会の確認をさせていただき連絡先をお書きください。

ご氏名	()		
(フリガナ)			
生年月日 (西暦で記入)	・	性別	男 ・ 女
最終学歴		学位	学士 ・ 修士 ・ 博士
ご勤務先	〒		
	住所		
	組織名		
	所属		
	TEL(FAX)		
	e-mail		
ご自宅	〒		
	住所		
	TEL		
	e-mail		
資料送付先	資料送付先を選択ください。また選択した送付先の連絡先内容は必ずご記入ください。		
	勤務先 ・ 自宅		
会員区分	下記のいずれかを選択してください。		
	薬局薬剤師、 病院薬剤師、 企業、 教員、 その他		
推薦人	薬剤師以外の方で入会ご希望の方は、本会所属の正会員 1 名の推薦が必要となります。 下記に推薦正会員をお書きください。		
	正会員推薦人(1名)		

事務局記入欄

処理年月日	
補足	

送信先 FAX 042-721-1560 (学会事務局)