

一般社団法人鹿児島県病院薬剤師会 入会申込書

(病院・診療所・介護保険施設勤務薬剤師は正会員、それ以外は特別会員となります)

令和 年 月 日

一般社団法人鹿児島県病院薬剤師会 事務局 御中

フリガナ	(旧姓:)	性別	男性・女性
氏名	(旧姓:)	生年月日	S・H 年 月 日
自宅住所	〒		
電話番号 (自宅 or 携帯)	- -	薬剤師 免許番号	第 号
メールアドレス	@		
大学		卒業年	S・H 年
大学院	修士:	修了年	S・H 年
	博士:		S・H 年
勤務先 施設名		TEL	
		FAX	

部分は会員管理に使用し、会員名簿へは掲載しません。

勤務施設に本会会員のいない場合は、別紙「鹿児島県病院薬剤師会 会員施設情報」も併せてご提出ください。
過去に病院薬剤師会への入会歴のある方は、旧勤務先、会員番号をご記入ください。

旧勤務先	都道府県	病院・薬局
日病薬会員No.	(不明の場合は「不明」とお書きください)	

★ 各種認定等取得状況 (取得資格に☑してください)

日本薬剤師研修センター	<input type="checkbox"/> 研修認定 <input type="checkbox"/> 漢方・生薬認定 <input type="checkbox"/> 小児薬物療法認定 <input type="checkbox"/> 認定実務実習指導薬剤師
日本病院薬剤師会	<input type="checkbox"/> 生涯研修認定 (単年度) <input type="checkbox"/> 生涯研修履修認定 <input type="checkbox"/> 認定指導薬剤師 がん (☐薬物療法認定) 感染制御 (☐認定 ☐専門) 精神科 (☐薬物療法認定 ☐専門) 妊婦・授乳婦 (☐薬物療法認定 ☐専門) HIV 感染症 (☐薬物療法認定 ☐専門)
日本医療薬学会	<input type="checkbox"/> 認定薬剤師 <input type="checkbox"/> 指導薬剤師 がん (☐専門 ☐指導) 薬物療法 (☐専門 ☐指導)
日本臨床薬理学会	<input type="checkbox"/> 認定薬剤師 <input type="checkbox"/> 指導薬剤師 <input type="checkbox"/> 認定 CRC
日本静脈栄養経腸学会	<input type="checkbox"/> NST 専門薬剤師
日本緩和医療薬学会	<input type="checkbox"/> 緩和薬物療法認定薬剤師
日本化学療法学会	<input type="checkbox"/> 抗菌化学療法認定薬剤師
糖尿病療養指導士認定機構	<input type="checkbox"/> 糖尿病療養指導士
日本腎臓病薬物療法学会	腎臓病薬物療法 (☐認定 ☐専門)
その他	

連絡先: 〒890-8520 鹿児島市桜ヶ丘八丁目 35 番 1 号

鹿児島大学病院 薬剤部内 一般社団法人鹿児島県病院薬剤師会事務局

TEL: 099-275-5543 / FAX: 099-265-5293 / MAIL: member@m.kufm.kagoshima-u.ac.jp