

会員情報変更・退会届

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

◆ 該当するものに○をしてください。県外への異動は「退会」となります。

異動 ・ 改姓 ・ 退会 ・ 住所変更 ・ その他 ()

◆ 太枠内の記入は必須です。日病薬会員番号不明の際は「不明」とご記入ください。

日病薬 会員番号	薬剤師 免許番号
現氏名 フリガナ	旧姓 フリガナ
←	
自宅住所 ※会員名簿には掲載しません 〒	自宅 or 携帯 TEL ※住所に同じ () -
異動年月日：令和 年 月 日	
勤務先名称（新）	勤務先名称（旧）
←	
※勤務先未定で会員継続希望の場合「個人会員」と記入	
E-mail	PC等を利用したメール連絡にご協力ください <input type="checkbox"/> 個人用 @ <input type="checkbox"/> 共用
各種 認定	新規取得あるいは失効した認定資格をご記入ください

(注) この届出は、各種変更が生じた際に速やかに下記へお送りください。

郵送、FAX、メールいずれの提出でも構いません。

また、新勤務施設に本会会員のいない場合は、別紙「会員施設情報」も併せてご提出ください。

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@kagoshima-shp.jp