

兵庫県病院薬剤師会入会・退会・変更申込書

入会・退会・変更（改姓、住所変更、勤務先変更等）の場合は下の会員カードにご記入の上、各支部長に送付してください。

兵庫県病院薬剤師会 会員カード

1. ○尼崎 2. ○伊丹 3. ○西宮 4. ○東神戸 5. ○西神戸 6. ○東播
7. ○西播 8. ○摂丹 9. ○但馬 A ○賛助 ○特別賛助

フリガナ		性別		入会年月日	年 月 日	会員種別	正会員 賛助会員 特別賛助会員 名誉会員 有効会員	支部名	
氏名		男・女		退会年月日	年 月 日				
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日生								
自宅住所	〒			出身校	大学 (昭・平) 年卒業 大学院(修・博) (昭・平) 年終了				
フリガナ				〒					
勤務先				所在地	電話 () - (病床数 床)				
備考				連絡用にしますので取引きのある 御さんを○で囲んでください		スズケン ケーエスケー メディセオ アルフレッサ			

平成 年 月 日

- 入会を申し込みます
- 退会を申し出ます
- 変更を申し出ます

兵庫県病院薬剤師会会長 殿

氏名 _____

㊞