愛媛県病院薬剤師会　状況報告

別 紙

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　届出日　　　 　年　　月　　日

入　会　届

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | フリガナ |  |
| 氏　　名 |  | | 旧姓 |  |
| 生年月日 | Ｓ・Ｈ　　　　年　　 　月　　　 日 | | 性別 | 男　　・　　女 |
| 卒業大学 | 大学 | | 卒業年 | Ｓ・Ｈ・Ｒ　　　年 |
| 大学院 | 大学 | | 修了年 | Ｓ・Ｈ・Ｒ　　　年　(修士・博士） |
| 勤務先名 |  | | 会員種別※ | 正会員　・　特別会員 |
| 薬剤師  免許証番号 |  | | E-MAIL | ＠ |
| （特別会員のみ記入）  自宅住所　〒  連絡先　　☎　　　　（　　　　） | | | | |
| ※会員種別について  正会員　：愛媛県下の医療提供施設または教育機関に籍を有する薬剤師  特別会員：この法人の目的に賛同し、その事業に協力するために入会した薬剤師 | | | | |
| ※勤務経験のある方は下記も記載下さい | | | | |
| 旧勤務先名 | | （所在地：　　　　　都・道・府・県） | | |
| 日本病院薬剤師会への入会 | | 加入済み（会員番号：　　　　　　　　　）　　・　　未加入または退会済み | | |
| 日病薬認定指導薬剤師認定  （日本病院薬剤師会） | | 取得済み（認定番号：　　　　　　　、認定期間　　　　年　　　月　　まで）  未取得 | | |
| 認定実務実習指導薬剤師  （日本薬剤師研修センター） | | 取得済み（認定番号：　　　　　　　、認定期間　　　　年　　　月　　まで）  未取得 | | |

・枠内の項目は必ずご記入下さい（大学院は修了者のみ）。卒業年、修了年は暦年でご記入下さい。

・ご提供いただいた情報は会員管理の目的以外には使用いたしません。

**【届出先】**愛媛県病院薬剤師会事務局　E-MAIL：ebyoyaku@m.ehime-u.ac.jp