一般社団法人広島県病院薬剤師会 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）

# 　　　　　　 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  | （旧姓：　 　 ） | 性別  | 男性・女性  |
| 氏名  | （旧姓： 　　 ） | 薬剤師 免許番号 | 第 　　　　　　　　　　号 |
| 勤務先施設名  |  |
|  |
| 生年月日 | S・H  年　 月　 日 |  |  |  |
| Ｅ－メール |  ＠  |
| 卒業大学  |   | 卒業年次 | S・H  | 年 |
| 卒業大学院 | 修士：  | 修了年次 | S・H  | 年 |
| 博士： | S・H  | 年 |
| ※正会員の場合、会誌などは原則として施設に送付します。特別会員で自宅送付希望の方は、下記に連絡先をご記入下さい。 |
| 自宅住所 |  〒 | TEL  |   |
| FAX  |   |
| 勤務施設に本会会員のいない場合は，別紙「新規施設入会・変更届」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  | 勤務先名 |  |
| 日病薬会員№  |  | （不明の場合は「不明」とお書きください） |

★ 各種認定等取得されている方は、お知らせ下さい。（取得資格に☑してください）

|  |  |
| --- | --- |
| 日本病院薬剤師会 | □日病薬病院薬学認定薬剤師□生涯研修認定（単年度） □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） |
| 日本薬剤師研修センター | □研修認定 □漢方・生薬認定 □小児薬物療法認定 □認定実務実習指導薬剤師 |
| 日本医療薬学会 | □認定薬剤師 □指導薬剤師がん（□専門 □指導） 薬物療法（□専門 □指導） |
| その他 |  |