

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No.	(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	<input type="checkbox"/> 日病薬病院薬学認定薬剤師 <input type="checkbox"/> 生涯研修認定(単年度) <input type="checkbox"/> 認定指導薬剤師
	がん(<input type="checkbox"/> 薬物療法認定) 感染制御(<input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 専門) 精神科(<input type="checkbox"/> 薬物療法認定 <input type="checkbox"/> 専門) 妊婦・授乳婦(<input type="checkbox"/> 薬物療法認定 <input type="checkbox"/> 専門) HIV 感染症(<input type="checkbox"/> 薬物療法認定 <input type="checkbox"/> 専門)
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
	<input type="checkbox"/> 認定薬剤師 <input type="checkbox"/> 指導薬剤師 がん(<input type="checkbox"/> 専門 <input type="checkbox"/> 指導) 薬物療法(<input type="checkbox"/> 専門 <input type="checkbox"/> 指導)
その他	