沖縄県病薬会員状況報告

　届出日　令和 　年　　月　　日

**1．入 会 届**（新規入会、他県からの転入など）

|  |  |
| --- | --- |
| 日病薬 会員番号（※） |  |
| 薬剤師 免許番号 |  |
| 氏　名（フリガナ） | （　　　　　　　　） |
| 旧　姓（フリガナ） | （　　　　　　　　） |
| 生 年 月 日 | ▢ T・▢ S・▢ H　　　年　　月　　日 |
| 性　別 | ▢ 男　　▢ 女 |
| 勤 務 先 名 |  |
| 会 員 種 別 | ▢ 正会員　　▢ 特別会員 |
| 卒 業 大 学 | 大学　　　　　西暦　　　　年卒（暦年） |
| 大学院（修了年） | 大学（▢ 修士・▢ 博士）　　　修了年　　 　年 |
| メールアドレス | ＠ |
| 旧勤務先名（※） | 都道府県　　　　　　　　　病院・薬局 |
| 以下，特別会員のみ記載 | |
| 会誌送付先 | ▢ 自宅　　▢ 勤務先  ※送付先が自宅の場合，以下に自宅住所も記載する |
| 自宅住所 | 〒 |
| 連絡先電話番号 | TEL |

（注意）

・太枠内の項目は必ずご記入下さい。卒業年・修了年は暦年でご記入下さい。

・※印の欄は，再入会の場合には必ずご記入ください。

**2．退 会 届**（退職、他県への転出など）

|  |  |
| --- | --- |
| 日病薬 会員番号 |  |
| 氏　名（フリガナ） | （　　　　　　　　） |
| 退会理由 | ▢ 退職　　▢ 他県へ異動　　▢ その他（　　　　　　） |
| 現勤務先名 |  |
| 異動先 | 都道府県　　　　　　　　　病院・薬局 |

**3．変 更 届**（改姓，異動などの場合）

|  |  |
| --- | --- |
| 変更項目  （該当項目にチェック） | ▢ 勤務先　　▢ 住所　　▢ 改姓　　▢ 会員種別  ▢ その他（　　　　　） |
| 日病薬会員番号 |  |
| 氏名（フリガナ） | （　　　　　　　　） |
| 変更(前)情報 |  |
| 変更(後)情報 |  |

（注意）

・変更項目が複数ある場合はセルを複製して記載してください

**4．施設情報登録**（新規・変更）

（施設で初めて入会する場合，施設名称の変更，住所変更，電話番号変更 等）

|  |  |
| --- | --- |
| 申請種別 | ▢ 新規　　　▢ 変更（変更前情報も記載する） |
| 新規登録情報・変更(後)登録情報 | |
| 医療機関コード |  |
| 施設名 | 病院・薬局 |
| 病床数 |  |
| 部署名 | ▢ 薬剤部　　▢ 薬剤科　　▢ 薬局  ▢ その他（　　　　　） |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号／FAX | TEL：　　　　　　　　　／FAX： |
| 変更(前)情報　　　※変更申請の場合のみ　　※変更する項目のみ記載 | |
| 医療機関コード |  |
| 施設名 | 病院・薬局 |
| 病床数 |  |
| 部署名 | ▢ 薬剤部　　▢ 薬剤科　　▢ 薬局  ▢ その他（　　　　　） |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号／FAX | TEL：　　　　　　　　　／FAX： |

提出先）沖縄県病院薬剤師会事務局　　Mail：info@okishp.jp

令和3年9月29日改訂版