

## 宮城県病院薬剤師会 入会届

届出日： 年 月 日

宮城県病院薬剤師会 会長 殿  
この度、宮城県病院薬剤師会に入会を申請いたします。

フリガナ				性別	男 ・ 女
氏 名				薬剤師免許 登録番号	号
勤務先名		部署名		病床数	床
勤務先	〒				
	TEL ( )		FAX ( )		
卒業大学			卒業年	S・H	年
修了大学院			修了年	S・H	年(修士・博士)
学 位 (取得年)	( S・H 年)		日本医療薬学会認定 がん専門薬剤師	有 ・ 無	
日病薬 専門/認定薬剤師	<small>(取得している資格を記入)</small>				
自 宅 <small>(個人会員のみ記入)</small>	〒				
	TEL ( )		FAX ( )		
備 考	前勤務先： 都道府県 病院・薬局				

※年会費：12,000円(日本病院薬剤師会会費8,000円、宮城県病院薬剤師会4,000円)

**【入会届出先】**

〒981-3188 仙台市泉区八乙女3-3-1  
宮城県病院薬剤師会 事務局代行  
株式会社医療経営研究所  
TEL: 022-706-2798 FAX: 022-218-3949  
E-mail: [bureau@mivagi-byouinvaku.jp](mailto:bureau@mivagi-byouinvaku.jp)