

# 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】

〒984-8560 仙台市若林区大和町2-29-1 東北医科薬科大学若林病院薬剤部内

宮城県病院薬剤師会 事務局

TEL:022-236-5931 FAX:022-236-5490

E-mail: [bureau@miyagi-byouinvaku.jp](mailto:bureau@miyagi-byouinvaku.jp)