

# 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	(取得している資格を記入)		
自 宅 (個人会員のみ記入)	〒 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】

〒980-0824 仙台市青葉区支倉町4-34 丸金ビル6階  
宮城県病院薬剤師会 事務局代行  
日本コンベンションサービス株式会社 東北支社  
TEL : 022-722-1311 FAX : 022-722-1178  
E-mail: [bureau@miyagi-byouinyaku.jp](mailto:bureau@miyagi-byouinyaku.jp)