

宮城県病院薬剤師会 在籍申告書

(永年表彰 20 年表彰 申請用)

平成 年 月 日

フリガナ 申請者氏名	Ⓜ	会員番号	
現住所	〒		
勤務先			
入会年月日	西暦 年 月 日 ※不明な場合は就職年月を記載して下さい		
入会後の途中 退会(他県への 異動を含む)の 有無 (※別紙添付可)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (以下に詳細を記載) 退会 西暦 年 月 日 (在籍 年 月) 再入会 西暦 年 月 日 退会 西暦 年 月 日 (在籍 年 月) 再入会 西暦 年 月 日 年総会までの在籍期間合計 年 月 ※宮城県病院薬剤師会在籍期間のみを積算して下さい。		
連絡事項			

上記の通りであることを証明いたします。

平成 年 月 日

勤務先

役職

代表者名 Ⓜ