

(一社)大阪府病院薬剤師会
施設新規入会・変更届

年 月 日

支部長 殿

下記の事項に変更がありますので連絡いたします。

施設新規入会・変更届

・新規会員 ・再入会 ・変更		※	-
新 ←		旧	
フリガナ			
施設名			
部署名 ・薬剤部・薬剤科・薬局・その他 ()		部署名 ・薬剤部・薬剤科・薬局・その他 ()	
住所 〒 -		住所 〒 -	
☎ - -		☎ - -	
FAX - -		FAX - -	
病床数	床	病床数	床
※備考欄・その他特記事項			

- ・太枠内の項目は必ず記入ください。(※印以外) 但し変更の無い項目は空欄で可。
- ・施設の新規入会の際は左側のみ記入してください。
- ・施設名称・病床数・組織改編・移転などの際には新旧の欄をご記入ください。
- ・病院・診療所の所在地域の支部長を通じて施設変更などの意思表示をしてください。

- ・詳しくは、(一社)大阪府病院薬剤師会 事務所
TEL 06(6484)5429 (平日10:00~15:30) までお問い合わせください。
FAX 06(6484)5439