

送信先 F A X . 06-6441-2055

住 所 〒550-0001 大阪市西区土佐堀 1 丁目 4-8 日栄ビル 703A
あゆみコーポレーション内 日本緩和医療薬学会事務局

日本緩和医療薬学会 入会申込書

申込年月日 年 月 日

会員番号 7 0 9 - - - - -

会員種別	1. 一般会員 2. 学生会員 3. 支援会員	入会年度※	年度
------	-------------------------	-------	----

※当会の年度は、毎年4月から始まり、翌年3月末をもって終了します
例：2013年度 2013年4月～2014年3月

	姓(Family name)	名(Given name & Middle name)
ローマ字		
フリガナ		
氏 名		(印)
生年月日	1 9 年 月 日	性別 男 ・ 女

連絡先	1. 所属	2. 現住所
-----	-------	--------

※連絡先(送付先)を必ずご指定下さい。

■所属機関■

名 称			(職名)
所在地	〒	-	
	TEL:	(内線: ・直通)	FAX:

■現住所(自宅)■

現住所	〒	-	
	TEL:		FAX:

■電子メールアドレス■ 必ずご記入下さい。

@

■学歴・学位・職種■ 職種は必ず1つを選択し、○印で囲んで下さい。

最 終 学 歴		(西暦 年)	卒業・修了 在学中
学 位			
職 種	1.薬局薬剤師 2.病院薬剤師 3.薬学研究者 4.医師 5.看護師 6.その他(必ず記載:)		

■指導教官■ 学生会員として入会の際には、指導教官(教員)の氏名・所属を記入して下さい。

指導教官	(氏名)	(所属)
------	------	------