

奈良県薬剤師会 学校薬剤師部会 準会員届

下線部の項目は必ず記載して下さい

支部	奈良・生駒・郡山・天理磯城・桜井宇陀・橿原高市・高田葛城・香芝広陵・西和・御所・五條・吉野			写真 (任意)	推薦者	支部長	部会長	事務局
ふりがな								
氏名			年齢					保存

生年月日	S・H	年	月	日生	性別	男性	女性
------	-----	---	---	----	----	----	----

薬剤師免許						学薬経験	無	有
-------	--	--	--	--	--	------	---	---

現住所	奈良県 市郡 町村 番地 〒					
	TEL FAX		携帯電話		電子メール	

勤務先	奈良県 市郡 町村 番地 〒					
	TEL FAX		名称		<input type="checkbox"/> 現在は勤務していない	

推薦者		推薦理由	
-----	--	------	--

本人PR欄	
-------	--

準会員の登録に際して (推薦者は下記の項目を声を出して説明し、同意いただいた時点で日付、直筆サイン、押印をお願いします)

- 守秘義務 準会員登録の際に得られた情報は目的以外には使用しません
- 届の取下げ 準会員登録はいつでも取下げの事が出来ます
- 会費 準会員の登録しても年会費等は発生しません (研修参加時は資料代を頂きます)
- 保証なし 準会員に登録したからと言って必ず正会員になれるとは限りません
- 公正評価 欠員が出た場合、準会員登録年数順ではなく適正な評価を行います
(勤務状況、各支部の実情等を加味した上で、総合的に判断されます)

<p>上記の内容に虚偽はありません</p> <p>上記「準会員の登録に際して」の内容について、説明を受け、全て理解しました趣旨に賛同、了承しましたので、準会員への登録をお願いします</p> <p>平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 氏名 _____ 印 またはサイン _____</p>	
--	--