

日本社会薬学会 異動・退会届け  
(一般・学生会員用)

令和 年 月 日

ふりがな 氏名	
------------	--

(会員番号: )

① 異動内容 (該当箇所をチェックしてください)

- |                                  |                                       |
|----------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 所属先     | <input type="checkbox"/> 会誌などの送付先     |
| <input type="checkbox"/> 自宅      | <input type="checkbox"/> 学会からのメールの送信先 |
| <input type="checkbox"/> 改姓      | <input type="checkbox"/> 学生会員⇔正会員の変更  |
| <input type="checkbox"/> 資格      | <input type="checkbox"/> 退会           |
| <input type="checkbox"/> その他 ( ) |                                       |

② 以下、異動箇所のみご記入下さい。

所 属	名称 職名 (学生会員の場合は卒業予定 令和 年 月) 〒 TEL FAX e-mail
自 宅	〒 TEL FAX e-mail
資 格	薬剤師 医師 看護師 学生 その他 ( )
会誌等の送付先	所属 自宅
メールの送信先	メール送信先は所属又は自宅のいずれかをご指定下さい。 所属 自宅

ご記入の上、下記まで FAX、又はメールでお届けください。

Fax: 03-6267-4555 (日本社会薬学会)

E-mail: maf-shayaku@mynavi.jp

連絡先

〒100-0003

東京都千代田区一ツ橋1-1-1 パレスサイドビル

株式会社毎日学術フォーラム内

日本社会薬学会事務局

Tel: 03-6267-4550 Fax: 03-6267-4555