

提出日（西暦） ____年____月____日

一般社団法人日本医療薬学会
会 頭 殿

復 会 届

私は、一般社団法人日本医療薬学会を休会しておりましたが、本書をもって復会を届け出いたします。

1. 基本情報

氏 名 _____ (フリガナ) _____

生年月日 ____年____月____日

会員番号 _____ 会員種別 正会員 学生会員

2. 復会日

____年____月____日 から復会いたします。

3. 復会後の連絡先

1) 勤務先

所属施設 _____

所属部署 _____

住 所 〒 _____

電話番号 _____ E-mail※ _____

2) 自 宅

住 所 〒 _____

電話番号 _____

4. 学会誌「医療薬学」の送付先

勤務先 自宅

※ E-mail は、勤務先又は自宅を問わず、医療薬学会から配信されるメールを受信できるものを登録してください。