

記入前に必ず当機構の「会員規約」を読み、了承の上お申し込み下さい。

Word 形式のまま保存し「パスワードをかけずに」下記メールに添付送信してください。

kaiin@jpchf.or.jp

一般社団法人日本心不全薬学共創機構 入会申込書

該当に○を付けて下さい。(○)正会員 A ()準会員※正会員 B 所属者のみです。ご注意下さい。

※会費は、会員規約に記載しています。

※正会員 B、賛助会員、特別会員については事務局に問合せ下さい。

フリガナ	オダワラ	イチロウ	性別 ※該当に○	男性 ○	女性	回答しない
名前	小田原	一郎	生年月日	西暦(※半角数字) 2024年12月25日		
フリガナ	オダワラミナミカモノミヤヤッキョク					
勤務先名	株式会社小田原南鴨宮薬局					
職種区分 (※該当に○)	薬剤師(○) 薬局事務() 医師() 歯科医師() 看護師() 管理栄養士(○) 理学療法士() 作業療法士() その他医療資格(※資格名を記入) 介護職(※資格名を記入) 医療・介護職以外() ※其他国家・民間等資格を有する場合は記入(スポーツファーマシスト、スポーツフードマイスター)					
所属部署・ 店舗名等 及び役職	みなみぐち薬局 管理部 マネージャー					
メール アドレス	kaiin@jpchf.or.jp					
連絡先 ※勤務先または 自宅住所 ※携帯番号必須	※何れかに○ 勤務先(○) 自宅() 〒250-0875 神奈川県小田原市南鴨宮 3-49-5 TEL: ○○○○-○○○○-○○○○ FAX: □□□□-□□□□-□□□□ 携帯番号※必須: △△△-△△△△-△△△△					
推薦者(当機構正会員) ※ない場合は「なし」と記入	漆畑俊哉		小田原南鴨宮薬剤師協会 理事			
領収書	必要な場合は○ (○) ※送付は上記メールアドレスへ無記名にて送付					

【承認手続き等について】

- 本申込書の提出後、「受領」メールを2週間を目安にお送りします。返信無き場合は再度事務局(info@jpchf.or.jp)宛てお問い合わせ下さい。
なお、これらの手続きには時間を要しますことをご了承ください。
- 入会が承認されましたら、メールにてご連絡いたしますので、速やかに会費を指定金融機関にお振込み下さい。
- 入会後のご連絡は主に登録メールにて行わせていただきます。

【個人情報について】

記入頂きました個人情報は、当機構が責任を持って管理し、当機構の運営に必要な範囲内でのみ利用させていただきます。

※以下は事務局記入欄です。記入の必要はありません。

入会承認日	年	月	日	入金年月日	年	月	日
備考							