|  |
| --- |
| **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 | セイ | メイ | 性別※該当に〇 | 男性 | 女性 | 回答しない |
|  |  |  |
| 名前 | 姓 | 名 | 生年月日 | 西暦（※半角数字）年　　　月　　　日 |
| フリガナ | （※カブシキガイシャ等組織は除く） |
| 勤務先名 | （※株式会社等正式名称で記載） |
| 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（　）※その他国家・民間等資格を有する場合は記入（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 所属部署・店舗名等及び役職 | 所属部署・店舗名等役職 |
| メールアドレス |  |
| （※確認のためコピペをせず、再度入力） |
| 連絡先※勤務先または自宅住所.※携帯番号必須 | ※何れかに〇　勤務先（　）　自宅（　）〒　　　－　　　　（郵便番号は半角数字。記入は都道府県から必須。マンションやビル名も記載）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 | 名前 | 勤務先・所属部署 |
| 領収書 | 必要な場合は〇　（　）　※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頂きます。

※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 |  |

Word書式入会申込書 v1.1.0