

再入会届

申請日（西暦）： 年 月 日

公益社団法人日本薬理学会 理事長 殿

下記の理由により再入会したく、ご承認いただきますよう、お願い申し上げます。

1. 氏名：

2. 現所属：

3. メールアドレス：

4. 会員番号（数字 6 桁、不明な場合は空欄としてください）：

5. 生年月日（西暦）： 年 月 日

6. 再入会を希望する理由：

7. 再入会希望年度（以前の退会時に退会届提出者のみ、該当年度に○を付けてください）：

当年度 / 退会年度

※遡っての再入会を希望する場合は、該当年度をお支払いください。

8. 「7」にて「当年度」を選択された方は、会員歴の不連続による不利益(各種賞への申請要件を満たさない等)が生じる可能性があることへの同意について、以下にチェックを付けてください。

☐ 同意する

9. 除名の理由（除名者のみ）：

※除名時の未納分を全額支払った上での、再入会となります。