

年 月 日

# 変更届

（※適宜必要に応じて二重線で消してください）

神奈川県薬剤師会 会長 殿

【日本薬剤師会 会長 殿】

私の登録内容を、次のとおり変更いたします。

※1 必要事項にご記入、又は■を付けてください。

※2 赤字は薬剤師のみご記入ください。

※3 法人欄は勤務先の経営者についてご記入ください。

▼変更行に○印を付けてください

会 員	フリガナ	(姓)	(名)	捺印 又は サイン	性別	■ 男	■ 女								
	氏名	(旧姓)	←姓の変更があるときのみ記入												
	生年月日	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H	出身 大学	卒業 年月	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R	薬剤師 登録番号	第	号							
	自宅住所 (気付)	〒	県		電話番号	-	-								
	業務種別	<input type="checkbox"/> 法人代表者	<input type="checkbox"/> 開設者(個人)	<input type="checkbox"/> 勤務者	<input type="checkbox"/> 無職	ファックス番号	-	-							
	自宅メール アドレス	@													
勤 務 先 (店 舗 名)	※法人代表者・開設者の方は、主たる勤務先(店舗名)を、勤務者の方は勤務先をご記入ください。無職の方は記入不要です。														
	フリガナ				業 態	<input type="checkbox"/> 保険薬局	<input type="checkbox"/> 非保険薬局	<input type="checkbox"/> 店舗販売業							
	店舗名・ 勤務先名					<input type="checkbox"/> 卸売販売業	<input type="checkbox"/> 病院診療所	<input type="checkbox"/> 教育・研究							
	所在地	〒	県		薬剤師区分	<input type="checkbox"/> 管理薬剤師	<input type="checkbox"/> その他薬剤師								
	(気付)				電話番号	-	-								
勤務先メール アドレス	@														
経 営 者	※勤務先(店舗)の経営者(法人開設・個人開設)についてご記入ください。														
	フリガナ				フリガナ										
	法人名	※個人開設の場合は、右側の個人開設者名を記入			法人代表者名 又は 個人開設者名										
	法人所在地 又は 開設者住所 (気付)	〒	県		電話番号	-	-								
メールマガジン 登録先	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 勤務先	※メールアドレスが記載されている場合はメールマガジンに登録しますので、どちらか選択してください。												
備 考	※連絡事項等、ご記入ください。														
薬 劑 師 会 記 入	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>会員番号</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>							会員番号							
会員番号															

※原則として勤務先住所(無職の方は自宅住所)を代議員選挙規程の選挙区に登録しますが、別途ご希望がある場合は備考欄にご記入ください。

ただし、行政(神奈川県)、卸売販売業、病院診療所勤務の場合は、各職域選挙区の登録になります。

※個人情報保護法施行に伴う会員個人情報の取扱いに則り、地域薬剤師会等からの要請により、情報開示場合があります。(詳細はホームページ参照)