

(1) 神奈川県薬剤師会 会長 殿 (1枚目を薬剤師会へ送付し、2枚目は入会者が保管してください。)

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 | <input type="checkbox"/> 男 | <input type="checkbox"/> 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 年 月 日生 | 出身 大学 | 卒業 年月 | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R 年 月 卒 | 薬剤師 登録番号 | 第 | 号 | | | | | |
| | 自宅住所 | 〒 | 県 | | 電話番号 | - | - | | | | | | |
| | (気付) | | | ファックス番号 | - | - | | | | | | | |
| | 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 | @ | | | | | | | | | | | | |
| | | | 雑誌等 送付先 | <input type="checkbox"/> 店舗・勤務先 | <input type="checkbox"/> 自宅 | <input type="checkbox"/> 法人所在地 | | | | | | | |
| 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 | | | | | | |
| | | | | 薬剤師区分 | <input type="checkbox"/> 管理薬剤師 | <input type="checkbox"/> その他薬剤師 | <input type="checkbox"/> 行政 | <input type="checkbox"/> 製薬・輸入 | <input type="checkbox"/> その他 | | | | |
| | 所在地 | 〒 | 県 | | 電話番号 | - | - | | | | | | |
| (気付) | | | ファックス番号 | - | - | | | | | | | | |
| 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 | 〒 | 県 | | 電話番号 | - | - | | | | | | |
| (気付) | | | ファックス番号 | - | - | | | | | | | | |
| 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 剤 師 会 記 入 | | | | | | | 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に則り、地域薬剤師会等からの要請により、情報開示する場合があります。(詳細はホームページ参照)

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。

| | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|---|---|--|---------------------------------|-----------------------------|--|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| 会 員 | フリガナ (姓) | 0 | (名) | 0 | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 | <input type="checkbox"/> 女 | | | |
| | 氏名 | 0 | | 0 | | (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 | 年 月 日生 | 出身大学 | 大学 | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R | 年 月 卒 | 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 | @ | | | | | | | | | |
| | | 雑誌等送付先 | | <input type="checkbox"/> 店舗・勤務先 | <input type="checkbox"/> 自宅 | <input type="checkbox"/> 法人所在地 | | | | |
| 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 | | |
| | | | | | 薬剤師区分 | <input type="checkbox"/> 管理薬剤師 | <input type="checkbox"/> その他薬剤師 | <input type="checkbox"/> 行政 | <input type="checkbox"/> 製薬・輸入 | <input type="checkbox"/> その他 |
| | 所在地 (気付) | 〒 | 県 | | | 電話番号 | - | - | | |
| | | | | ファックス番号 | - | - | | | | |
| 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 | - | - | | |
| | | | | ファックス番号 | - | - | | | | |
| 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。 | | | | | | | | | |
| 薬剤師会記入 | | | | | | | | 会員番号 | 0 0 0 0 0 0 0 | |

※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に則り、地域薬剤師会等からの要請により、情報開示する場合があります。(詳細はホームページ参照)