

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)			性別	☐ 男	☐ 女		
	氏 名									
		(旧姓)	←姓の変更があるときのみ記入							
	自宅住所	〒	県							
	(気付)						電話番号	—	—	
	業務種別	☐ 法人代表者	☐ 開設者(個人)	☐ 勤務者	☐ 無 職	ファックス番号	—	—		
	連絡用メールアドレス	@								
							雑誌等 送付先	☐ 店舗・勤務先	☐ 自 宅	☐ 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	☐ 保険薬局	☐ 非保険薬局	☐ 店舗販売業	
	店舗名・ 勤務先名						☐ 卸売販売業	☐ 病院診療所	☐ 教育・研究	
						☐ 行政	☐ 製薬・輸入	☐ その他		
		薬剤師区分	☐ 管理薬剤師		☐ その他薬剤師					
所在地	〒	県					電話番号	—	—	
	(気付)						ファックス番号	—	—	
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 用メールアドレス		@								
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)