

平成 年 月 日

変更届

~~区薬剤師会会長殿~~
~~(市)薬剤師会会長殿~~
神奈川県薬剤師会会長殿
日本薬剤師会会長殿

※(市)は、適宜必要に応じて二重線で消してください。

私の登録内容を、次のとおり変更いたします。

※変更行に○印を付けてください。

※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) (名)	捺印 又は サイン	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	学校薬剤師 の委嘱	
	氏名 (旧姓:)				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能	
	生年月日	<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H 年 月 日生	出身 大学	卒業年月	<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H 年 月 卒	薬剤師 登録番号
	自宅住所 (気付)	〒 - 都道府県 市区 市町村			番地	
	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		電話番号	-	-
	自宅メール アドレス	@		ファックス番号	-	-
	他薬剤師会 の加入	《変更前》 区薬剤師会 (市)薬剤師会 <input type="checkbox"/> 入会する <input type="checkbox"/> 入会済 <input type="checkbox"/> 入会しない		《変更後》 区薬剤師会 市薬剤師会 <input type="checkbox"/> 退会する <input type="checkbox"/> 会員継続 <input type="checkbox"/> 退会する <input type="checkbox"/> 会員継続		
休日夜間 の当番	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能	
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 <input type="checkbox"/> 卸売販売業 <input type="checkbox"/> 病院診療所 <input type="checkbox"/> 教育・研究 <input type="checkbox"/> 行 政 <input type="checkbox"/> 製薬・輸入 <input type="checkbox"/> その他		
	店舗名・ 勤務先名		薬剤師区分	<input type="checkbox"/> 管理薬剤師 <input type="checkbox"/> その他薬剤師		
	所在地 (気付)	〒 - 都道府県 市区 市町村	番地	電話番号	-	-
	勤務先メール アドレス	@		ファックス番号	-	-
経 営 者	フリガナ		フリガナ			
	法人名	※個人開設の場合は、右欄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)	〒 - 都道府県 市区 市町村	番地	電話番号	-	
備 考	※連絡事項等、ご記入ください。					
薬 劑 師 会 記 入 欄						
	会員番号					

※自宅及び勤務先のメールアドレスは、入力間違いがあるため、県薬ホームページ・会員ページよりご確認をお願いします。