

変更報告書

下記の通り変更いたしましたのでご報告いたします。

年 月 日

- 1.会員番号、氏名、都道府県薬名、支部名及び変更項目のみご記入ください。
2.会員が記入される場合は、太線の枠内のみご記入ください。
3.姓名を変更された方は、フリガナの右隣の氏名変更の「有」に丸印をつけ、旧姓を備考欄にご記入ください。

会員番号				都道府県薬名				支部名									
会 員	氏 名								印	性 別							
	フリ ガ ナ						氏 名 変 更	有	無		男 女						
	生 年 月 日	大正	昭和	平成		年		月		日	薬剤師 番 号	第					号
	出 身 校 名						卒 業 年 度	大正	昭和	平成		年度					
勤 務 先	所 在 地 (建物号室まで ご記入ください)	〒 —															
	勤務先名称																
	法人の名称 (個人の場合は空欄)																
	開設者・ 法人代表者の氏名																
自 宅	電 話 番 号	— —					FAX番号	— —									
	住 所 (建物号室まで ご記入ください)	〒 —															
	電 話 番 号	— —					FAX番号	— —									
	携 帯 電 話 (任意)	— —															
分 類 区 分	日 薬 用	雑誌発送先	勤 務 先	自 宅													
		勤 務 先 業 態	保険薬局	非保険薬局	病診薬局	臨床検査	教育・研究										
			行 政	製薬・輸入	卸売販売業												
	業 務 種 別	開 設 者	病診薬局長	法人代表者	そ の 他												
		薬 剤 師 区 分	管理薬剤師	その他の薬剤師													
	県 薬 用	地方薬剤師 会における 会員区分	正 会 員	賛 助 会 員	名 誉 会 員												
会 費 区 分		A 会 費	B 会 費														
備 考																	

変更（訂正）のある箇所に○印を付してください。

- 〔記入上のご注意〕
1. 薬剤師以外は、賛助会員とします。
2. 「県薬用」は県薬剤師会で記入いたします。
3. 姓と名の間はスペースを空けてください。
4. 手書きの場合は、楷書ではっきりとお書きください。
5. 「法人の名称」及び「開設者・法人代表者の氏名」は薬局及び店舗販売業の方のみ記入してください。
6. 連絡事項、追記は備考にご記入ください。
(氏名変更、支部移動、大学院追記など)