

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)

大和綾瀬薬剤師会 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 太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 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 (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
					薬剤師区分	<input type="checkbox"/> 行政	<input type="checkbox"/> 製薬・輸入	<input type="checkbox"/> その他
						<input type="checkbox"/> 管理薬剤師	<input type="checkbox"/> その他薬剤師	
所在地 (気付)	〒	県		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	-	-	
				ファックス番号	-	-		
メール配信 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配信に登録しますので、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								