

高知 都道府県 薬剤師会会長 殿

変更報告書(会員用)

年 月 日

下記の通り変更いたしましたのでご報告いたします。

- 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。

No.

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 年 業 度	大正	昭和	平成	令和	年度							
勤 務	郵便番号			(※7桁を必ず記入)																
	所在地	都 道 府 県																		
	建物号室																			
先 住 宅	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																			
分 類 区 分	電話番号 (右詰記入)	市外局番			局 番			番 号			FAX番号 (右詰記入)	市外局番			局 番			番 号		
	郵便番号			(※7桁を必ず記入)																
	住所	都 道 府 県																		
分 類 区 分	建物号室																			
	電話番号 (右詰記入)	市外局番			局 番			番 号			FAX番号 (右詰記入)	市外局番			局 番			番 号		
	雑誌発送先																			
分 類 区 分	勤務先	自 宅																		
	勤務先	保 険 薬 局 非 保 険 薬 局 病 診 薬 局 臨 床 検 査 教 育 ・ 研 究																		
	業 務 種 別	行 政 製 薬 ・ 輸 入 卸 売 販 売 業																		
分 類 区 分	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																		
	学校薬剤師区分	学 校 薬 剤 師 非 学 校 薬 剤 師																		
分 類 区 分	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	終 身 会 員 有 功 会 員 特 別 会 員																		
	会 費 額	A 会 費 B 会 費																		
備 考	最終納付年月	(例: 201305)																		

〔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」は都道府県薬剤師会で記入いたします。
3. 記入は楷書ではっきりと強めにお書きください。
4. 文字は一番左のマス、数字は一番右のマスに揃えてご記入ください。
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。

変更(訂正)のある箇所に○印を付してください。