

変更報告書

年 月 日

徳島県薬剤師会会長 殿

日本薬剤師会会長 殿

下記の通り変更いたしましたのでご報告いたします。

- 会員番号、氏名、支部名、変更項目を太線の枠内のみご記入ください。
- 姓名を変更された方は、旧姓を備考欄にご記入ください。

| | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|---------------------|---|----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|---|-----------------------------|----|---|-----------|--|
| 会員番号 | | 都道府県名 | | 3 | 6 | 徳島 | 支部名 | | | | |
| 会員 | フリガナ | (姓) | | | (名) | | | 印 | 性別 | | |
| | 氏名 | | | | | | | | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | | |
| | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 | <input type="checkbox"/> 令和 | 年 | 月 | 日 | 薬剤師名簿登録番号 | 第 | 号 | | |
| | 出身校名 | | | | 卒業年度 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 | <input type="checkbox"/> 令和 | 年度 | | | |
| ※薬科大学のみご記入ください。大学院等は記入しないでください。 | | | | | | | | | | | |
| 勤務先 | 所在地 | 〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> | | | (※7桁を必ずご記入ください) | | | | | | |
| | 都道県 | | | | | | | | | | |
| | 建物号室 | | | | | | | | | | |
| | 勤務先名称 | | | | | | | | | | |
| | 法人の名称 (個人の場合は空欄) | | | | | | | | | | |
| | 開設者・法人代表者氏名 | | | | | | | | | | |
| | 電話番号 | 市外局番 | 局番 | 番号 | FAX番号 | | 市外局番 | 局番 | 番号 | | |
| メールアドレス | @ | | | | | | | | | | |
| 自宅 | 住所 | 〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> | | | (※7桁を必ずご記入ください) | | | | | | |
| | 都道県 | | | | | | | | | | |
| | 建物号室 | | | | | | | | | | |
| | 電話番号 (携帯電話番号) | 市外局番 | 局番 | 番号 | FAX番号 | | 市外局番 | 局番 | 番号 | | |
| | メールアドレス | @ | | | | | | | | | |
| 分類区分 | 雑誌発送先 | <input type="checkbox"/> 勤務先 | <input type="checkbox"/> 自宅 | ※A会員の雑誌発送先は「勤務先」になります | | | | | | 【記入上のご注意】 | |
| | 勤務先業態 | <input type="checkbox"/> 保険薬局 | <input type="checkbox"/> 非保険薬局 | <input type="checkbox"/> 病診薬局 | <input type="checkbox"/> 臨床検査 | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 教育・研究 | <input type="checkbox"/> 行政 | <input type="checkbox"/> 製薬・輸入 | <input type="checkbox"/> 卸売販売業 | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 店舗販売業 | <input type="checkbox"/> その他 | <input type="checkbox"/> 無職 | | | | | | | |
| | 業務種別 | <input type="checkbox"/> 開設者 | <input type="checkbox"/> 病診薬局長 | <input type="checkbox"/> 法人代表者 | <input type="checkbox"/> その他 | | | | | | |
| | 薬剤師区分 | <input type="checkbox"/> 管理薬剤師 | <input type="checkbox"/> その他の薬剤師 | | | | | | | | |
| | 学校薬剤師区分 | <input type="checkbox"/> 学校薬剤師 | <input type="checkbox"/> 非学校薬剤師 | | | | | | | | |
| | 会員区分 | <input type="checkbox"/> 正会員 | <input type="checkbox"/> 賛助会員 | | | | | | | | |
| | 会費区分 | <input type="checkbox"/> A会費 | <input type="checkbox"/> B会費 | | | | | | | | |
| | 会費額 | 円 | | | | | | | | | |
| 最終納付年月 | | | | | | | (例:202405) | | | | |
| 備考 | | | | | | | | | | | |

変更(訂正)のある箇所に○印を付してください。