

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				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				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。																	※卒業年度をご記入ください。																
勤 務 先	所在地	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (※7桁を必ずご記入ください)																															
		都 道 府 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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (※7桁を必ずご記入ください)																															
		都 道 府 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	日 薬 用	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																										
		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																													
	県 薬 用	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																																	

【記入上のご注意】

- 薬剤師以外は、賛助会員とします。
- 「県薬用」は徳島県薬剤師会で記入します。
- 該当する☐には、☒をご記入ください。
- 記入は楷書ではっきりとお書きください。
- 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。
- 出身校名は薬科大学(旧薬専)のみ記入してください。大学院、専科、専攻科等は記入しないでください。
- 「法人の名称」および「開設者・法人代表者の氏名」は薬局および店舗販売業の方のみ記入してください。

変更(訂正)のある箇所には○印を付してください。