

# 会員【変更届】

年 月 日

\_\_\_\_ 薬剤師会会長様  
一般社団法人 長野県薬剤師会会長様  
公益社団法人 日本薬剤師会会長様

地域薬剤師会印	県薬印

下記の通り変更いたしましたので、ご報告いたします。

※変更事項を記入の上、所属の地域薬剤師会へ提出してください。

会員番号		所属地域薬剤師会名		薬剤師会		
会 員	フリガナ				印	性別
	氏名					男・女
	氏名変更	A:あり (旧姓: ) B:なし				
	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日生				

勤務先	勤務先名称					
	勤務先住所	〒				
	電話番号			FAX番号		
	開設者	法人名称				
開設者職氏名		職名			氏名	
自宅	自宅住所	〒				
	電話番号			FAX番号		
雑誌発送先	A:勤務先		B:自宅			
勤務先業態	A:保険薬局		B:非保険薬局		C:病院・診療所	
	D:臨床検査		E:教育・研究		F:行政	
	G:製薬・輸入		H:一般販売業		I:卸売一般販売業	
	J:薬種商		K:店舗販売業		L:その他	
	M:無職		N:学生			
業務種別	A:開設者		B:病診薬局長		C:法人代表者	
	D:その他					
薬剤師区分	A:管理薬剤師		B:その他の薬剤師			
(長野県内の)他地域薬剤師会からの異動	A:あり (		薬剤師会から異動)		B:なし	
備考	(変更内容をご記入ください。)					

県薬記入欄	会員区分	A:正会員		B:賛助会員		C:特別会員		D:名誉会員	
	会費区分	A:A-1会費		B:A-2会費		C:B会費		D:賛助会費	
	会費	県薬会費				日薬会費			