№

第４号様式　　　　　　　　　　　　　　**変　更　報　告　書**

公益社団法人日本薬剤師会会長　　様　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　　月　　　日

一般社団法人三重県薬剤師会会長　様

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 変更項目に○ | | **日薬会員**  **番　　号** |  |  |  |  |  | | |  |  | | **地域･職域**  **薬剤師会** | | |  | | | | **地域･職域**  **薬剤師会**  **会長承認印** | | | 年　　月　　日 | | | |
|  | **会**  **員** | **ふりがな** |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | **印** | | **性 別** | |
|  | **氏　　名** | 姓 | | | | | | | | | | | | | 名 | | | | | | |  | | 男 ・ 女 | |
| (氏名変更の場合旧姓　　　　　　　) | | | | | | | | | | | | |
|  | **生年月日** | 大正・昭和・平成　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | **薬剤師番号** | | | | | 第　　　　　　号 | | | |
| **出身校名** |  | | | | | | | | | | | | | **卒業年次** | | 昭和・平成・令和　　年　　月　卒業 | | | | | | | | |
|  | **自**  **宅** | **住　　所** | 〒　　　　　－　　　　　　　　　　　　　　　都・道・府・県    （建物名称・号室　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **電話番号** | －　　　　－ | | | | | | | | | | | | | **FAX番号** | | －　　　　－ | | | | | | | | |
|  | **メールアドレス** | 三重薬メールの配信　　希望する・希望しない | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **薬**  **局**  **又**  **は**  **勤**  **務**  **先** | **ふりがな** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **勤務先名称** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **所在地** | 〒　　　　　－　　　　　　　　　　　　　　　都・道・府・県  （建物名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **電話番号** | －　　　　－ | | | | | | | | | | | | | **FAX番号** | | －　　　　－ | | | | | | | | |
|  | **メールアドレス** | 三重薬メールの配信　　希望する・希望しない | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **開設者名** | 法人名  代表者名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **開設者住所**  **法人の所在地** | 〒　　　　　－  電話番号　　　　　－　　　　－　　　　　　FAX番号　　　　　　－　　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **分類区**  **分**  **等** | **日薬雑誌発送先** | 勤務先 | | | | | 自　宅 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | **勤務先業態** | 保険薬局 | | | | | 非保険薬局 | | | | | | 病診薬局 | | | | 臨床検査 | | | 教育・研究 | | | | | 行　政 |
|  | 製薬・輸入 | | | | | 店舗販売業 | | | | | | 卸売一般販売業 | | | | その他 | | | 無　職 | | | | | 学　生 |
|  | **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** | 管理者・責任者 | | | | | その他の薬剤師 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | **会費** | **納 入 者** | 会員本人　㊞ | | | | | | | | | 開設者　㊞ | | | | | 左記以外の場合（　　　　　　　　　　　）㊞ | | | | | | | | | |
|  | **納入方法** | 百五銀行口座振替 | | | | | | | | | 三十三銀行口座振替 | | | | | 年１回振込 | | | | |  | | | | |
|  | **入会金納入者** | | 会員本人　㊞ | | | | | | | | | 開設者　㊞ | | | | | 左記以外の場合（　　　　　　　　　　　）㊞ | | | | | | | | | |
| **県薬記入欄** | | | Ａ会費会員 | | | | | | Ｂ会費会員 | | | | | | 賛助会員 | | | | 特別会員 | | | | | 終身会員 | | |
| **備　　考** | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

下記のとおり変更いたしましたので報告します。

承認日　　　　年　　　月　　　日