

変更報告書

下記の通り変更いたしましたのでご報告いたします。

年 月 日

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。

会員番号		都道府県薬名		福岡県		支部名		宗像			
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						卒業年	度	昭和	平成	令和
勤 務 先	所在地	〒 —									
	(建物号室までご記入ください)										
	勤務先名称	フリガナ 名称									
	法人の名称 (個人の場合は空欄)										
自 宅	開設者・法人代表者の氏名	フリガナ 氏名									
	電話番号	— —				FAX番号	— —				
	住所	〒 —									
分 類 区 分	雑誌送先	〒 —									
	勤務先業態	勤務先	自宅								
		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	卸売販売業							
	業務種別	店舗販売業	その他	無職	学生						
	薬剤師区分	開設者	病診薬局長	法人代表者	その他						
学校薬剤師区分	管理薬剤師	その他の薬剤師									
地方薬剤師会における会員区分	学校薬剤師	非学校薬剤師									
	正会員	賛助会員	名誉会員								
	終身会員	有功会員	特別会員								
会費区分	A会費	B会費									
備考											

変更（訂正）のある箇所に○印を付してください。

- 〔記入上のご注意〕
1. 手書きの場合は、楷書ではっきりとお書きください。
 2. 姓と名の間はスペースを空けてください。
 3. 薬剤師以外は、賛助会員とします。
 4. 連絡事項、追記は備考にご記入ください。
(氏名変更、支部移動、雑誌送先変更など)