

3 cm × 4 cm

写真は貼り付けずにクリップなどで留めてください。管理薬剤師変更の場合、写真が必要です。既に会員証お持ちの場合は不要です。

変更届

令和 年 月 日

記入した日

地域薬剤師会名

所属区薬剤師会名

※担当者が不明の場合
はお問い合わせ下さい

地域薬剤師会責任者名

担当者の印が必要

印

(担当者の印を受けてからこちらへ送付願います。)

会員種別	<input checked="" type="radio"/> 正会員 I	()開局薬剤師 又は(<input checked="" type="radio"/>)管理薬剤師 (開設者が薬剤師でない場合)	薬局	個人開設者・法人代表・医薬品販売業 (保険薬局指定 : 有・無)
	正会員 II	勤務薬剤師(正会員 I を除く)		
	賛助会員	薬剤師以外であり、本会の趣旨に賛同するもの (正会員 I・II を除く会員)		
	いずれか該当するものに○をして下さい。			
ふりがな	よこはま はまこ			※新しく管理薬剤師になる方のお名前を記入
氏名	横浜 はま子			
生年月日	大・		性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女
自宅	住所	〒 235 横浜市磯子区		
	電話	0	- 754	-3000
薬局名称 (勤務先名)	横浜市薬	※新しく管理薬剤師になる方の情報を 記入してください		
薬局(勤務先) 所在地	〒 235 横浜市			
薬局電話	0	- 754	-3000	
開設者法人組織の場合 法人名称及び 代表者氏名				
薬局E-Mailアドレス				
出身校	大・昭			卒
薬剤師 登録年月日	大・昭			※旧管理薬剤師の方の お名前を記入
変更前	根岸 太郎			
変更後	横浜 はま子			※新しく管理薬剤師になる方のお名前を記入
変更理由:	管理薬剤師変更のため			
	正会員 I の方が II に変更される場合、入会金(差額)が発生する場合がございます。お問い合わせください			
前任者は	()退会: (<input checked="" type="radio"/>)正 II: ()賛助: ()他店舗で 正 I・正 II (届出が必要)			
()	事務局記入欄です			

上記のとおり変更いたします。
一般社団法人横浜市薬剤師会 様

氏名

横浜 はま子

※新しく管理薬剤師の方のご署名・ご捺印