

■ 会員情報変更届 ■

北 区 薬 剤 師 会 会 長 印

変更前の情報をご記入下さい。	フリガナ		会 員		DB登録	会計台帳
	氏 名		<input type="checkbox"/> A / <input type="checkbox"/> B			
	勤務先名					

【様式3】

公益法人東京都薬剤師会会長 殿
 東京都薬剤師連盟会長 殿
 公益社団法人東京都薬剤師会の会員情報の変更を下記の通り届け出ます。
 東京都薬剤師連盟の会員情報の変更を下記の通り届け出ます。

会員情報変更届

記 入 日	年 月 日
-------	-------

※ 本申込書は、ご所属の地区薬剤師会にご提出ください。

変 更 前		変 更 後			
フリガナ					
氏 名		印			
会員種別	<input type="checkbox"/> A会員 / <input type="checkbox"/> B会員 / <input type="checkbox"/> C会員	<input type="checkbox"/> A会員 / <input type="checkbox"/> B会員 / <input type="checkbox"/> C会員	<input type="checkbox"/> 勤務先を削除する		
薬剤師区分	<input type="checkbox"/> 管理薬剤師 / <input type="checkbox"/> その他 雑誌送付先	<input type="checkbox"/> 管理薬剤師 / <input type="checkbox"/> その他 雑誌送付先	<input type="checkbox"/> 勤務先 / <input type="checkbox"/> 自 宅		
勤務先名					
法 人 名					
開設者名					
勤務先住所	〒 _____		〒 _____		
	Tel		FAX		
	ホームページ		ホームページ		
	メールアドレス		メールアドレス <input type="checkbox"/>非公開		
自 宅 住 所	〒 _____		〒 _____		
	Tel		FAX		
	携帯電話		携帯電話		
番号		番号	メール		
そ の 他		<input type="checkbox"/> 学校薬剤師		<input type="checkbox"/> 学校薬剤師	

※ 携帯電話の番号とメールアドレスは災害時の安否確認にのみ使用し、非公開とします。 必ずご記入下さい。