

■ 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
	氏 名	<input type="checkbox"/> A / <input type="checkbox"/> B
	勤務先名	

	DB登録	会計台帳

【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
勤務先名		
法 人 名		
開設者名		
勤務先住所	〒 _____	〒 _____
	Tel _____ FAX _____	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 _____	Tel _____ FAX _____
携 帯 電 話	番号 _____ メール _____	番号 _____ メール _____
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"/> 勤務先 / <input type="checkbox"/> 自 宅	<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

※ 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。

一般社団法人 北区薬剤師会