

# 変更報告書(会員用)

下記の通り変更いたしましたのでご報告いたします。

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。

No.

会員番号		都道府県薬名		支部名		
会	氏名				印	性別
	フリガナ				氏名変更	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
員	生年	大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/>	年	<input type="checkbox"/>	月	<input type="checkbox"/>
	日	<input type="checkbox"/>	日	<input type="checkbox"/>	薬剤師番号	第 <input type="checkbox"/> 号
	出身校				卒年	業年度
					大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/>	年度

勤	郵便番号	<input type="text"/>	—	<input type="text"/>	(※7桁を必ず記入)
	所在地	都道府県			
	建物号室				
務	勤務先名称				
	法人の名称 (個人の場合は空欄)				
先	開設者・法人代表者の氏名				
	電話番号 (右詰記入)	市外局番	局番	番号	FAX番号 (右詰記入)
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

自	郵便番号	<input type="text"/>	—	<input type="text"/>	(※7桁を必ず記入)
	住所	都道府県			
	建物号室				
宅	電話番号 (右詰記入)	市外局番	局番	番号	FAX番号 (右詰記入)
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

分	雑誌発送先	勤務先	自宅				
	日	業務先態	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		卸売販売業	
			店舗販売業	その他	無職	学生	
	業	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			管理薬剤師	その他の薬剤師			
学校薬剤師区分			学校薬剤師	非学校薬剤師			
用	薬剤師区分	地方薬剤師会における会員区分	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			
区	会費額					円	
	最終納付年月					(例: 201305)	

**〔記入上のご注意〕**

1. 薬剤師以外は、賛助会員とします。
2. 「県薬用」は都道府県薬剤師会で記入いたします。
3. 記入は楷書ではっきりと強めにお書きください。
4. 文字は一番左のマス、数字は一番右のマスに揃えてご記入ください。
5. 「法人の名称」及び「開設者・法人代表者の氏名」は薬局及び店舗販売業の方のみ記入してください。

変更(訂正)のある箇所に○印を付してください。

備考	
----	--