

|              |      |     |     |   |
|--------------|------|-----|-----|---|
| 地区または職域薬剤師会名 | 薬剤師会 | 承認印 | 会長名 | ㊟ |
|--------------|------|-----|-----|---|

## ■ 会員情報変更届 ■

【様式3】

|                 |      |                                                         |
|-----------------|------|---------------------------------------------------------|
| 変更前の情報を必ずご記入下さい | フリガナ | 会 費                                                     |
|                 | 氏 名  | <input type="checkbox"/> A / <input type="checkbox"/> B |
|                 | 勤務先名 |                                                         |

|  |       |      |
|--|-------|------|
|  | DB 登録 | 会計台帳 |
|  |       |      |

公益社団法人東京都薬剤師会 会長殿

公益社団法人東京都薬剤師会の会員情報の変更（訂正）を  
下記の通り届け出致します。



## 会員情報変更届

※本変更届は、ご所属の地区または職域薬剤師会にご提出ください

※変更する項目のみ、必ず変更前後の情報をご記入ください

|       |                 |
|-------|-----------------|
| 記 入 日 | 年      月      日 |
|-------|-----------------|

|           | 変更前                                                                                                                                  | 変更後                                                                                                                                  |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| フリガナ      |                                                                                                                                      |                                                                                                                                      |
| 氏 名       |                                                                                                                                      |                                                                                                                                      |
| 会 費       | <input type="checkbox"/> A会費 / <input type="checkbox"/> B会費      薬剤師区分 <input type="checkbox"/> 管理薬剤師 / <input type="checkbox"/> その他 | <input type="checkbox"/> A会費 / <input type="checkbox"/> B会費      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"/> 勤務先 / <input type="checkbox"/> 自 宅 <b>勤務先削除</b> <input type="checkbox"/> 勤務先情報を削除する                         |
| 勤 務 先 名   |                                                                                                                                      |                                                                                                                                      |
| 法 人 名     |                                                                                                                                      |                                                                                                                                      |
| 開 設 者 名   |                                                                                                                                      |                                                                                                                                      |
| 勤 務 先 住 所 | 〒 _____                                                                                                                              | 〒 _____                                                                                                                              |
|           | Tel _____ Fax _____                                                                                                                  | Tel _____ Fax _____                                                                                                                  |
| 自 宅 住 所   | 〒 _____                                                                                                                              | 〒 _____                                                                                                                              |
|           | Tel _____ Fax _____                                                                                                                  | Tel _____ Fax _____                                                                                                                  |
| そ の 他     | <input type="checkbox"/> 学校薬剤師                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 学校薬剤師                                                                                                       |
| 通 信 欄     |                                                                                                                                      |                                                                                                                                      |