

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

※本変更届けは、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	勤務先削除 <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							
通 信 欄							