

3 cm× 4 cm

※会員証作成上、  
直接貼付けずにク  
リップ等で留めて  
ください。

正 I 管理薬剤師  
変更の場合必要

# 変 更 届

令和 年 月 日

地域薬剤師会名

地域薬剤師会担当者名

印

(担当者の印を受けてからこちらへ送付願います。)

会員種別	正会員 I	( )開局薬剤師 又は( )管理薬剤師 (開設者が薬剤師でない場合)	薬局	個人開設者・法人代表・医薬品販売業 (保険薬局指定 : 有・無)		
	正会員 II	勤務薬剤師(正会員 I を除く)				
	賛助会員	薬剤師以外であり、本会の趣旨に賛同するもの (正会員 I・II を除く会員)				
いずれか該当するものに○をして下さい。						
ふりがな						
氏 名						
生年月日	大・昭・平	年	月	日	性別	男・女
自宅	住 所	〒 - E-Mailアドレス				
	電 話	-	-	FAX	-	-
薬局名称 (勤務先名)						
薬局(勤務先) 所在地	〒 -					
薬局電話	-	-	薬局FAX	-	-	
開設者法人組織の場合 法人名称及び代表 者氏名						
薬局E-Mailアドレス	@					
出身校	大・昭・平・令	年	月	日	卒	
薬 剤 師 登録年月日	大・昭・平・令	年	月	日	登録番号 第 号	
変更前						
変更後						
変更理由:						
前任者は	( )退会: ( )正 II: ( )賛助: ( )他店舗で 正 I・正 II (届出が必要)					
( )お願い	変更届ですが、今回の手続きに関しましては入会金(差額分)が、発生致しますので、送金につきまして宜しくお願いいたします。					

上記のとおり変更いたします。

一般社団法人横浜市薬剤師会 様

氏 名

印