

# 変 更 届

【FAX送信先：0965-62-8605】

変更日	年 月 日
会員氏名	
勤務先名	

**1. 正会員の変更事項（個人会員）** ※ 変更箇所のみご記入下さい。

(ふりがな)		
会員氏名		
勤務先	住 所	〒
	勤務先名	
	電話番号	( )
	FAX番号	( )
	薬剤師区分	1.薬局開設者 2.管理薬剤師 3.勤務薬剤師 4.その他の薬剤師
自 宅	住 所	〒
	電話番号	( )
	E-mail	
備 考		

**2. 賛助会員の変更事項（薬局、店舗等）**

変更前	会員名		
	開設者名		
変更後	薬局名等	TEL.( )	
		FAX.( )	
	開設者名 (社名)	TEL.( )	
		FAX.( )	
住 所	〒		
備 考			

※ お問い合わせは、事務局(0965-62-8601)迄お願いします。