

薬剤師会会長 殿  
 公益社団法人 静岡県薬剤師会会長 殿  
 公益社団法人 日本薬剤師会会長 殿

下記の通り変更いたしましたのでご報告いたします。

氏名、地域・職域薬剤師会名、薬剤師番号及び変更項目のみご記入ください。会員は太線の枠内のみご記入ください。  
 氏名を変更された方は、氏名変更の「有」に丸印をつけ、旧氏名を備考欄にご記入ください。

会員番号		地域・職域 薬剤師会名				
会員	ふりがな			氏名変更	印	性別
	氏名	姓	名	有・無		男・女
	生年月日	大正・昭和・平成	年 月 日	薬剤師番号	第	号
	出身校名			卒業年度	昭和・平成・令和	年度
薬局	ふりがな					
	名称					
又は 所在地	〒	—	_____都・道・府・県			
	(建物名称・号室)					
勤務先	電話番号	—	—	FAX番号	—	—
	開設者名	法人名 代表者名				
自宅	住所	〒	—	_____都・道・府・県		
	(建物名称・号室)					
分類区分	会報誌発送先	1. 勤務先 2. 自宅				
	勤務先業態	A. 保険薬局 B. 非保険薬局 C. 病診薬局 D. 臨床検査 E. 教育・研究 F. 行政 G. 製薬・輸入 H. 一般販売業 I. 卸売一般販売業 J. 薬種商 K. 店舗販売業 L. その他 M. 無職 N. 学生				
	業務種別	A. 開設者 B. 病診薬局長 C. 法人代表者 D. その他				
	薬剤師区分	A. 管理薬剤師 B. その他の薬剤師				
	学校薬剤師区分	A. 学校薬剤師 B. 非学校薬剤師				
	会費区分	A 会員 B 会員	新規開設・新規入会・交代			
備考	旧氏名： 所属薬剤師会変更 (旧： )					

変更(訂正)のある箇所には○印を付してください