№

第２号様式　　　　　　　　　　　　　**変更報告書**（会員用）

一般社団法人 浜松市薬剤師会会長　　殿　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

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。

|  |
| --- |
| **変更（訂正）のある箇所に〇印を付してください** |

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** | 2 | 0 | 　　　浜　松 |
| **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****又****は****勤****務****先** | **ふりがな** |  |
| **名　　称** |  |
|  | **所在地** | 〒　　　　　－　　　　　　　　　　　　　　　都・道・府・県　　　　　　（建物名称・号室　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  | **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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  | **電話番号** | －　　　　－ | **FAX番号** | －　　　　－ |
|  | **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：　　　　　　　　　） |  |