

■ 会員情報変更届 ■

※ 当会会員の氏名や住所、勤務先名、法人名などが変更になった場合に届け出ます。

北薬 2022年版 【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				

公益法人東京都薬剤師会会長
東京都薬剤師連盟会長 殿
公益社団法人東京都薬剤師会の定款並びに同施行細則の規定に基づいて情報の変更を申請します。
東京都薬剤師連盟の規約に基づいて情報の変更を申請します。

■ 会員情報変更届 ■

※ 本申し込み書は、北区薬剤師会にご提出ください。

				記 入 日	年 月 日				
変更前 (変更のあった項目にご記入ください。)				変更後 (すべての項目にご記入ください。)					
フリガナ									
氏 名				印					
自宅住所				〒 _____					
Tel		FAX		Tel		FAX			
携帯電話		番号		<input type="checkbox"/> 学校薬剤師		番号		<input type="checkbox"/> 学校薬剤師	
※必須		メール		メール					
正 会 員		<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		正 会 員	
		<input type="checkbox"/> C会費				<input type="checkbox"/> その他			
賛助会員		<input type="checkbox"/> A会費				<input type="checkbox"/> A会費		<input type="checkbox"/> 勤務先情報を削除する	
勤務先名									
法 人 名 (代表者名)				※個人の場合は開設者名					
勤務先				〒 _____					
Tel		FAX		Tel		FAX			
ホームページ				ホームページ					
メールアドレス		<input type="checkbox"/> 非公開		メールアドレス		<input type="checkbox"/> 非公開			
※災害メールは必須項目です。災害時の都薬や保健所などからの伝達と連絡に用います。未記入時は登録されている管理薬剤師・A会員のメールアドレスを使用します。				災害メール		必ずご記入下さい			

※ 災害メールは災害時の緊急連絡網に使用します。必ず停電時に受信できるアドレスをご記入下さい。個人の携帯電話・メールアドレスは必須項目です。 一般社団法人北区薬剤師会