

地区または職域薬剤師会名	薬剤師会	承認印	会長名	㊟
--------------	------	-----	-----	---

## ■ 会員情報変更届 ■

【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	

	DB 登録	会計台帳

公益社団法人東京都薬剤師会 会長殿

公益社団法人東京都薬剤師会の会員情報の変更（訂正）を

下記の通り届け出致します。



## 会員情報変更届

※本変更届は、ご所属の地区または職域薬剤師会にご提出ください

※変更する項目のみ、必ず変更前後の情報をご記入ください

記 入 日	年	月	日
-------	---	---	---

	変更前				変更後			
フリガナ								
氏 名								
会 費	<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 / <input type="checkbox"/> その他		<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 / <input type="checkbox"/> その他	
雑誌送付先	<input type="checkbox"/> 勤務先 / <input type="checkbox"/> 自 宅				<input type="checkbox"/> 勤務先 / <input type="checkbox"/> 自 宅		勤務先削除	<input type="checkbox"/> 勤務先情報を削除する
勤務先名								
法 人 名								
開設者名								
勤務先住所	〒 _____				〒 _____			
	Tel		Fax		Tel		Fax	
自宅住所	〒 _____				〒 _____			
	Tel		Fax		Tel		Fax	
そ の 他				<input type="checkbox"/> 学校薬剤師				<input type="checkbox"/> 学校薬剤師
通 信 欄								