

[第1号様式]

会員異動届(1入会 2変更 0退会) *所属薬剤師会長へご提出してください。

新潟県薬剤師会会長 様
 貴薬剤師会の定款に基づき、且つ個人情報の取り扱いに
 ついて同意して[入会・変更・退会]を申し出ます。

地域薬剤師会名	地域薬剤師会長印	県薬印

年 月 日 届出者 _____ 印

会 員	会員番号	ふりがな	メールアドレス(添付ファイル可のもの)			
		氏名	印			
	地域薬剤師会	性別	生年月日	薬剤師番号	出身大学	卒業年月
	男女	S・H・R 年月日	第 号		S・H・R 年月	
勤 務 先	所在地	〒				
	建物号室					
	勤務先名				保険薬局コード	
	電話番号			ファックス番号		
開 設 者	名称				電話番号	
	代表者名				ファックス番号	
	住所	〒				
自 宅	所在地	〒				
	建物号室				携帯電話番号	
	電話番号			ファックス番号		
紙媒体発送先	A 勤務先 B 自宅					
勤務先業態	A 保険薬局 B 非保険薬局 C 病院診療所 D 臨床検査 E 教育・研究 F 行政 G 製薬・輸入 I 卸売販売業 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					
地薬会員区分	A 正会員 B 賛助会員 C 特別会員 D 名誉会員					
会費区分	A A会費 B B会費					
日薬会員区分	A 正会員 B 賛助会員 C 特別会員 D 名誉会員					
学薬区分	A 担当している(校) B 担当していない					
勤務先区分	A 個人 B 法人					
備考	特記事項(変更の場合は変更内容をお書きください)					

※地域薬剤師会記入欄 初年度無料キャンペーン対象(該当は)

使 用 欄	受付日	照会日	入力日	変更項目等	地域間異動の有無	その他