**様式第3号－2**

**一般社団法人　埼玉県薬剤師会会員変更届**

（年号）　　年　　月　　日

一般社団法人　埼玉県薬剤師会長　様

下記のとおり変更となりましたので届け出ます。

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

記入者　□開設者　□管理薬剤師　□勤務薬剤師

〔店舗（勤務先）登録情報の変更〕

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区　分 | 現　　行 | 変更後 |
| 法人名・代表者名 |  |  |
| フ リ ガ ナ |  |  |
| 店 舗（勤務先）名 |  |  |
| 同　所在地 |  |  |
| 同　電話番号 | **－　　　　－** | **－　　　　－** |
| 同Fax番号 | **－　　　　－** | **－　　　　－** |
| 分　 類 | □保険薬局　　□非保険薬局  □店舗販売業　□卸売販売業  □その他　（　　　　　　　　） |  |

〔会員自宅等個人情報の変更〕

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区　分 | 現　　行 | 変更後 |
| フリガナ |  |  |
| 氏　　名 |  |  |
| 自 宅 住 所 | 〒　　－　　　　※建物名記入 | 〒　　－ |
| 同　電話番号 |  |  |
| 同　Fax番号 |  |  |
| 会費の請求先及  び雑誌発送先 |  |  |
| メールアドレス | 記入いただいたメールアドレスは、メルマガ登録など会員様に有益な情報を発信するために使用します（メルマガは、登録後に配信を停止することも可能です）。  　　　　　　　　　　　＠ |  |

留意事項　　　地域薬剤師会の代表者の確認が必要となります。

**＜地域薬剤師会代表者確認欄＞　　　　　　　　　　＜県薬使用欄＞**

　確認年月日（年号）　年　　月　　日　　　受付年月日（年号）　　年　　　月　　　日

　地域薬剤師会名　　　　　　　　　　　　　会　費　　　　　円　合　計

　代表者　　　　　　　　　　　　　印　　　諸経費　　　　　円　　　　　　　　　円