**様式第３号**

**一般社団法人　埼玉県薬剤師会会員変更届①**

（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。

**変更内容　　　　　　　□　開設者　　　□　管理薬剤師　　　□　勤務薬剤師**

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名・代表者氏名 | ※　個人開設の場合は開設者氏名 |
| フリガナ |  |
| 店　舗　名　称 |  |
| 店舗所在地 | 〒　　　－　　　　　　　　　　　　　　　※　建物名も記載  電話　　　　　－　　　　－ |
| 業　　態 | □保険薬局　　　　□非保険薬局  □店舗販売業　　　□卸売販売業　　　□その他（　　　　　　　） |

**後任者（入会）　　　　□Ａ会員　　　　□Ｂ会員　　　　　　□賛助会員**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  |  | 印 | □　男  □　女 |
| 氏　　　　名 | 姓 | 名 |
| 自 宅 住 所 | 〒　　　－  電話　　　－　　　－　　　　Ｆａｘ　　　－　　　－ | | | |
| 生 年 月 日 | 大正・昭和・平成　　　年　　月　　日 | | | |
| 薬剤師番号 | 第　　　　　　　　号 | | | |
| 出　身　校 | 大学　　卒業年度　昭和・平成　　　　　　年度 | | | |
| 雑誌送付先 | □　勤務先　　　　□　自宅 | | | |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ | 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）。  ＠ | | | |

**前任者（退会）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  |  | 印 |
| 氏　　　名 | 姓 | 名 |

※　変更の際は、地域薬剤師会代表者の確認を得てください。

**＜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

年　　　月　　　日

会員証紛失届

　一般社団法人 埼玉県薬剤師会長　様

　 本会会員証取扱要領に第８条基づき、下記のとおり紛失届を提出いたします。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 県薬会員番号 |  | 会員氏名 | 印 | |
| 薬剤師登録番号 |  |
|  |  | 届出者氏名 | 印 | |
| 本人以外が届出るときは 　⇒  　　　　　　　必ずご記入ください | | |
|  | 所　 属  地域薬剤師会 |  | 勤務先名 |  | |
| 住　所 | 〒  （勤務先・自　宅） | | | 紛失の理由  　□　紛失、不注意等  □　盗難、放置等  □　会員本人から回収不能  □ その他  （ 　） |
| ＴＥＬ | （ ） | | |

※　紛失された薬剤師証が見つかりましたら、県薬事務局までご連絡ください。

備考欄 　　　 県薬使用欄

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 受　　付 | 再 発 行 | 要 ・不要 | 会員確認 |  |
|  | 事務諸経費 | 済 ・未収 | 会　　計 |  |
|  |  | 発　　注 |  |
|  |  | 送　　付 |  |
|  |  |  |  |
|  | | | | |