

## 変更報告書

一般社団法人青森県学校薬剤師会 会長 殿

下記の通り変更いたしましたのでご報告いたします。

変更（訂正）のある箇所には○印を付してください。

|                  |                             |         |        |             |                                                                                                                                                                                                    |                                                       |  |  |
|------------------|-----------------------------|---------|--------|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--|--|
| 会<br>員           |                             |         |        |             | 氏名変更                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |  |  |
|                  |                             |         |        |             | 印                                                                                                                                                                                                  | 性別                                                    |  |  |
|                  | 氏名                          | 姓       |        | 名           |                                                                                                                                                                                                    | 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> |  |  |
|                  | フリガナ                        |         |        |             |                                                                                                                                                                                                    |                                                       |  |  |
|                  | 生年月日                        | 年       | 月      | 日           | 所属支部                                                                                                                                                                                               |                                                       |  |  |
|                  | 出身大学                        | 4年制・6年制 |        | ←○印を付してください |                                                                                                                                                                                                    |                                                       |  |  |
| 卒業年              |                             |         | 年 卒    |             |                                                                                                                                                                                                    |                                                       |  |  |
| 勤<br>務<br>先      | 所在地                         | 〒       |        |             |                                                                                                                                                                                                    |                                                       |  |  |
|                  | 都道<br>府県                    |         |        |             |                                                                                                                                                                                                    |                                                       |  |  |
|                  | 建物号室                        |         |        |             |                                                                                                                                                                                                    |                                                       |  |  |
|                  | 勤務先名                        |         |        |             |                                                                                                                                                                                                    |                                                       |  |  |
|                  | 法人の名称                       |         |        |             | 開設者・<br>法人代表者氏名                                                                                                                                                                                    |                                                       |  |  |
| 電話番号             | —                           | —       | FAX番号  | —           | —                                                                                                                                                                                                  |                                                       |  |  |
| 自<br>宅           | 住所                          | 〒       |        |             |                                                                                                                                                                                                    |                                                       |  |  |
|                  | 都道<br>府県                    |         |        |             |                                                                                                                                                                                                    |                                                       |  |  |
|                  | 建物号室                        |         |        |             |                                                                                                                                                                                                    |                                                       |  |  |
| 電話番号             | —                           | —       | FAX番号  | —           | —                                                                                                                                                                                                  |                                                       |  |  |
| 分<br>類<br>区<br>分 | 封書等送付先                      | 勤務先     | 自宅     |             |                                                                                                                                                                                                    |                                                       |  |  |
|                  | 業務種別                        | 保険薬局    | 非保険薬局  | 病診薬局        | 教育・研究                                                                                                                                                                                              |                                                       |  |  |
|                  |                             | 行政      | 製薬・輸入  | 卸売一般販売業     | 店舗販売業                                                                                                                                                                                              |                                                       |  |  |
|                  | 薬剤師区分                       | 管理薬剤師   | その他薬剤師 |             | 【記入上のご注意】<br>1. 出身校名は薬科大学のみ記入してください。<br>2. 楷書で記入してください。<br>3. メーリングリストは、原則参加をお願い致します。<br>インターネット環境が無い場合は、チェック欄へ○印を付してください。<br>※携帯電話のメールアドレス可。<br>4. 氏名の変更がある場合は、「氏名変更」の「有」へ○印を付し、「備考」へ旧姓を記入してください。 |                                                       |  |  |
| E-Mail アドレス      | @                           |         |        |             |                                                                                                                                                                                                    |                                                       |  |  |
| インターネット環境無し      | ←インターネット環境が無い場合は○印を付してください。 |         |        |             |                                                                                                                                                                                                    |                                                       |  |  |
| 備考               |                             |         |        |             |                                                                                                                                                                                                    |                                                       |  |  |