

変 更 届

平成 年 月 日

京都府薬剤師会
会長 殿

氏名 印

(法人にあっては名称及び代表者の氏名)

勤務先名

下記の通り変更しましたのでご報告いたします。

変更年月日 平成 年 月 日

変更内容

事 項	変 更 前	変 更 後
備 考	注意: 自宅住所及び氏名変更をされた場合、電話番号に変更があればご記入下さい。	

【記入上の注意】

1. 入会申込書の内容等に変更があった場合は、本様式により届けて下さい。
2. 「変更内容」の事項欄には、具体的な変更事項(氏名、電話番号、会誌等発送先、業態、営業時間等)を記入して下さい。
3. 病院診療所薬剤師部会所属の方で、勤務先を病院・診療所以外の施設(薬局等)に変更し、引き続き日本病院薬剤師会所属を希望される場合は日病薬の特別会員となります。特別会員を希望される方は変更内容 変更前の欄に日病薬(正会員)、変更後の欄に日病薬(特別会員)とご記入下さい。