

変更届（開設会員用）

年 月 日

会員名：

変更事項にチェックを入れて、変更前と変更後のご記入をお願いいたします。

項目	変更前	変更後	
□ 店舗情報	フリガナ		
	店名		
	所在地	〒221 - 神奈川県	〒221 - 神奈川県
	TEL		
	FAX		
	メールアドレス		
	HPアドレス		
業務種別	薬局（保険薬局指定：有・無） 店舗販売業・その他	薬局（保険薬局指定：有・無） 店舗販売業・その他	
□ 開設者	フリガナ		
	氏名		
	連絡先	〒 -	〒 -
	TEL		
□ 管理薬剤師	フリガナ		
	氏名		
	薬剤師名簿登録番号：第 号 名簿登録日：昭和・平成 年 月 日	薬剤師名簿登録番号：第 号 名簿登録日：昭和・平成 年 月 日	
	保険薬剤師登録： 有 ・ 無	保険薬剤師登録： 有 ・ 無	
	出身校名	昭和・平成 年 月卒	昭和・平成 年 月卒
※変更前の管理薬剤師の情報が不明の場合は変更前の氏名の欄に「不明」とご記入ください。			
□ 請求先	宛名		
	送付先	<input type="checkbox"/> 店舗と同じ <input type="checkbox"/> 〒 -	<input type="checkbox"/> 店舗と同じ <input type="checkbox"/> 〒 -
□ 請求方法	<input type="checkbox"/> 振替 <input type="checkbox"/> 振込		
	※請求方法を振込から振替に変更する場合、口座振替依頼書は変更届を受領後、送付いたします。口座振替依頼書がお手元に届きましたら、ご記入の上、ご返送ください。		

【お問い合わせ・ご提出先】

神奈川県薬剤師会 会計 陽月堂薬局 石原 孝一

TEL：045-432-1515 FAX：045-432-1300

メール：cute.ko.1@docomo.ne.jp