

変更届（個人会員用）

年 月 日

会員氏名：

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。

ご記入いただいた住所の利用目的は

①請求書送付

②会報、研修会その他のお知らせの送付

に限ります。それ以外の目的では使用いたしません。

上記の個人情報の利用目的を了解し、情報提供に同意します。

項目		変更前	変更後
<input type="checkbox"/> 本人情報	住所	〒 -	〒 -
	連絡先	<input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 自宅
		<input type="checkbox"/> FAX	<input type="checkbox"/> FAX
		<input type="checkbox"/> メールアドレス	<input type="checkbox"/> メールアドレス
	保険薬剤師登録	有 ・ 無	有 ・ 無
出身校名	昭和・平成 年 月卒	昭和・平成 年 月卒	
<input type="checkbox"/> 勤務店舗情報	フリガナ		
	店名		
	所在地	〒 -	〒 -
	TEL		
	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
<input type="checkbox"/> 請求先	宛名		
	送付先	<input type="checkbox"/> 勤務店舗と同じ <input type="checkbox"/> 本人住所と同じ <input type="checkbox"/> 〒 -	<input type="checkbox"/> 勤務店舗と同じ <input type="checkbox"/> 本人住所と同じ <input type="checkbox"/> 〒 -
<input type="checkbox"/> 請求方法		<input type="checkbox"/> 振替 <input type="checkbox"/> 振込	<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