

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。

※開設者、店舗名称が変更となった場合は、新しい開設許可証のコピーを添付してください。

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・令和 年 月 日	薬剤師名簿登録番号：第 号 名簿登録日：昭和・平成・令和 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・令和 年 月 卒	昭和・平成・令和 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"/> 〒 -

【お問い合わせ・ご提出先】

神奈川県薬剤師会 事務局運営会社 株式会社アイキャル

TEL：045-328-3797 FAX：045-328-3798

メール：kyk-jimukyoku@ical.jp