

# 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・令和 年 月卒	昭和・平成・令和 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"/> 〒 -

## 【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