

変 更 届

令和 年 月 日

公益社団法人 鹿児島県薬剤師会長 殿
公益社団法人 日本 薬 剤 師 会 長 殿

薬 剤 師 会 長 殿

フリガナ

氏 名 印

(署名であれば押印不要)

住 所

下記の通り変更致しましたので届け出ます。

自 宅	新	〒 ー		TEL	
	旧	〒 ー		FAX	
勤 務	新事業所名				新区分
	所在地	〒 ー		TEL	
				FAX	
	法人名称 開設者名				
先 区 分 変 更	旧事業所名				旧区分
	事業所内 区分変更	勤務先名			
		() → () 例 (A) → (B I)			
		区分一覧を参照にご記入ください。			
A (開局・管理) B I (B II・B III以外の勤務) B II (病院・老健施設等・行政) B III (非就業薬剤師) B III (A会員の家族で同一事業所に勤務) 下記項目もご記入ください					
姓 名	旧			新	
	書 類 送 付 先 勤務先 ・ 自 宅 ※いずれかを○で囲って下さい。				

変更事項のある箇所に○印をお付けください



地 域 薬 剤 師 会 長 承 認 欄	
所 見	
所見記入者	印
会長名	印

※ 同一地域薬剤師会の場合、地域薬剤師会長所見及び地域薬剤師会長承認欄は未記入のまま提出してください。
但し、新規開局に伴い管理薬剤師となる場合は地域薬剤師会長承認が必要です。
※ 他の地域薬剤師会への変更の場合は、この届をもって地域薬剤師会への入退会届とみなします。
※ 所見記入者が会長でない場合は所見記入者欄に記名押印をして下さい。