

変 更 届

(変更のある項目のみ記入してください。)

中原区薬剤師会会長殿

申請年月日	平成 年 月 日					
開設者	フリガナ			出身学校名		
	氏名					
	生年月日	大・昭・平	年 月 日	年齢	才	昭・平 年卒
管理薬剤師	フリガナ			出身薬大名		
	氏名					
	生年月日	大・昭・平	年 月 日	年齢	才	昭・平 年卒
店 名						
住 所	〒□□□—□□□□					
電話番号	—					
Fax 番号	—					
E-mailアドレス	@					
分 類	<input type="checkbox"/> 保険薬局 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 一般販売業 <input type="checkbox"/> 個人会員					
(社)神奈川県 薬剤師会 加入の有無	開設者	<input type="checkbox"/> 加入済	<input type="checkbox"/> 未加入	<input type="checkbox"/> 加入予定		
	管理薬剤師	<input type="checkbox"/> 加入済	<input type="checkbox"/> 未加入	<input type="checkbox"/> 加入予定		
(社)川崎市 薬剤師会 加入の有無	開設者	<input type="checkbox"/> 加入済	<input type="checkbox"/> 未加入	<input type="checkbox"/> 加入予定		
	管理薬剤師	<input type="checkbox"/> 加入済	<input type="checkbox"/> 未加入	<input type="checkbox"/> 加入予定		

入会確認事項

- 1、会の行事には積極的に参加する。
(例会、新年会、夏期レクリエーション、健康フェスティバル、研修会等)
- 2、会則は必ず遵守する。
- 3、会の方針である面分業の推進に積極的に協力する。
- 4、多店舗の場合は全店個々に入会すること。