愛媛県　 病薬会員状況報告

別 紙

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　届出日　　　 　年　　月　　日

変　更　届

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ・住所　　・改名　　・転勤　　・住所変更　　・その他（　　　　　）　会員№ | | |
| 新　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　旧 | | |
| フリガナ |  | |
| 氏　名 |  | |
| 自宅住所（特別会員の場合のみ）  〒  　　　☎　　　（　　　　） | 自宅住所（特別会員の場合のみ）  〒  　　　☎　　　（　　　　） | |
| E-MAIL　　　　　　　　　 ＠ | E-MAIL　　　　　　　　　 ＠ | |
| 勤務先名 |  | |
| 会員種別　　　正会員　・　特別会員 | 正会員　・　特別会員 | |
| ※正会員の会誌送付先変更事由  　　　産休･育休　・　その他（　　　　　　　　　　　） | | 産休･育休等の場合  　　　　　頃より復帰予定  (復帰した際はご連絡ください) |

※指導薬剤師の取得をされた場合は下記にご記入下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| 日病薬認定指導薬剤師認定  （日本病院薬剤師会） | 認定番号：　　　　　　　　、認定期間　　　　年　　　月　　まで |
| 認定実務実習指導薬剤師  （日本薬剤師研修センター） | 認定番号：　　　　　　　　、認定期間　　　　年　　　月　　まで |

・変更事由について、当会が正当でないと判断した場合には、変更は行いません。予めご了承ください。

・ご提供いただいた情報は会員管理の目的以外には使用いたしません。

**【届出先】**愛媛県病院薬剤師会事務局　E-MAIL：ebyoyaku@m.ehime-u.ac.jp