

東京都薬剤師連盟 会員情報変更届

東京都薬剤師連盟 会長 殿

東京都薬剤師連盟の会員情報の変更(訂正)を下記の通り届け出致します。

※ 変更する項目のみ、必ず変更前後の情報をご記入ください。

所属薬剤師連盟		所属薬剤師連盟 会長承認印				※本変更届は、所属薬剤師連盟にご提出ください。							
						記入日	平成 年 月 日						
	変更前				変更後								
氏名	男・女	生年月日	大正 昭和 平成	年	月	日	印	男・女	生年月日	大正 昭和 平成	年	月	日
自宅住所	〒												
	電話番号						FAX番号						
勤務先名													〒
同上所在地	〒												
	電話番号						FAX番号						
会費区分	A (薬局・医薬品販売業等の管理者または開設者) B (区分A以外のもの)						A (薬局・医薬品販売業等の管理者または開設者) B (区分A以外のもの)						

東京都薬剤師連盟 退会届

東京都薬剤師連盟 会長 殿

東京都薬剤師連盟の退会を下記の通り届け出致します。

所属薬剤師連盟		所属薬剤師連盟 会長承認印				※本変更届は、所属薬剤師連盟にご提出ください。						
						記入日	平成 年 月 日					
氏名	男・女	生年月日	大正 昭和 平成	年	月	日	A (薬局・医薬品販売業等の管理者または開設者) B (区分A以外のもの)					
退会理由												
通信欄												