

(様式3)

変 更 届

岡山県病院薬剤師会 会長 殿

下記の変更がありましたのでお届けいたします。

令和 年 月 日

届 出 者 _____ 日病薬会員番号 _____

施 設 名 _____

	変 更 前	変 更 後
ふ り が な		
氏 名		
メールアドレス		
住 所 ※ 1		
勤 務 先		
会 員 種 別	・正会員 ・特別会員	・正会員 ・特別会員

※1) 特別会員の方は必ず記入してください。

勤 務 先 情 報

	変 更 前	変 更 後
施 設 名		
所 在 地		
連 絡 先	TEL FAX	TEL FAX
経 営 主 体		
診 療 科 目		
病 床 数	床	床
院 長 名		

個人情報保護法の施行に基づき、ご提供頂いた情報は会員管理の目的以外には使用いたしません。

【変更届送付先】

〒700-8558

岡山県岡山市北区鹿田町2-5-1 岡山大学病院 薬剤部内

岡山県病院薬剤師会 事務局 (庶務担当) TEL : 086-235-7654 FAX : 086-235-7796