

# 会員登録変更届

※は必須項目です。他は変更箇所のみご記入ください。 記入日:(令和 年 月 日)

※ 生年月日	昭和・平成 年 月 日	※ 記入者名	(本人の場合は空欄)	
よみがな		よみがな		
※ 氏名		旧姓 (旧氏名)		
自宅住所	〒			
自宅電話		自宅FAX		
携帯電話				
メールアドレス				
※ 職種	1.保険薬局 2.非保険薬局 3.病院(診療所) 4.臨検 5.教育(研究) 6.行政 7.製造(輸入) 8.一般販売業 9.卸 10.一般登録販売業 11.他職 12.無職 13.学生 14.その他( )			
※ 勤務先名称	(無職の場合は空欄)	旧勤務先		
勤務先住所	〒			
勤務先電話		勤務先FAX		
勤務先法人名		開設者名 (法人代表者)		
業務種別	1.開設者(法人代表者) 2.病診薬局長 3.その他			
※ 薬剤師区分	1.管理薬剤師 2.その他 (管理薬剤師の変更は薬剤師賠償責任保険の手続きがございますので「薬局情報変更届」もご提出下さい)			
認定実務実習 指導薬剤師	1.はい 2.いいえ	認定番号・期限 ※指導薬剤師のみ記入		
郵便物発送先	1.勤務先 2.自宅	FAX発送先	1.勤務先 2.自宅	
ウイ-クリ-ニュース送信先	1.FAX送信先 2.メール(opa-mail@okiyaku.or.jpへ氏名を入力したメールを送って下さい)			
保険薬剤師	1.はい 2.いいえ	調剤業務	1.有 2.無	
所属支部	1.勤務先 2.自宅	学校薬剤師	1.はい 2.いいえ	
会費支払者	1.本人 2.雇用者(代表者)氏名( )			
会費支払方法	1.口座自動引落 2.振込			
受付日	【備考】			

提出先 ⇒ 沖縄県薬剤師会 FAX 098-963-8932