

各位

氏名、住所等を変更された場合は、下記の用紙に必要事項を記入の上、当会センターまでお送りください。

変更箇所の番号を○で囲んでください。

* 氏名、薬剤師名簿登録番号は必ずご記入ください。

薬剤師名簿記録番号*	
認定登録番号	
1. フリガナ	
2. 氏名	
3. 自宅住所 (郵便番号・都道府県も記入)	〒 — 都道 府県
4. 自宅番号	
5. 勤務先住所	〒 — 都道 府県
6. 勤務先電話番号	
7. 送付先	・自宅 ・勤務先 (希望を○で囲む)
8. 連絡用メールアドレス	
9. その他が該当欄を○で囲む	・当センター賛助会員(No) ・漢方・生薬認定薬剤師(No)

—更新のお知らせ—

認定薬剤師の「更新のお知らせ」は、認定期間(3年間)が切れる約2か月前にお送りしています。その時期にもかかわらず、住所等の変更により、「更新のお知らせ」が届いていなく、再送をご希望のかたは、下記に○をつけてください。

◎更新のお知らせの再送希望：はい

認定期間(西暦 年 月 日)

(希望されてもまだ更新時期ではない場合は、発送出来ませんので、予めご了承下さいます様お願い申し上げます)

〒101-0021 東京都千代田区外神田 2-2-17

喜助お茶の水ビル 3階

一般社団法人日本女性薬剤師会

薬剤師生涯学習センター

Tel 03-5244-4857 Fax 03-5244-4077

e-mail jwpa@khh.biglobe.ne.jp