様式　１－３

変更申請日（平成　　年　　月　　日）

災害登録派遣薬剤師　登録変更届

太枠内は、変更がある項目のみご記入ください。

所属施設の変更がある場合は、施設長及び所属長の承諾が必要です。

|  |  |
| --- | --- |
| 都道府県病薬名 | 病院薬剤師会 |
| 登録者氏名  （登録番号） | （　　　　　　　　　　） |
| （ふ　り　が　な）  変　更　後　氏　名 | （　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 変　更　後　住　所  同　Tel・Fax  メールアドレス  携帯電話番号  携帯電話メールアドレス | 〒□□□－□□□□  Tel：( )-( )-( ) ・ Fax：( )-( )-( )  E-mail @  Tel：(　　　)-(　　　)-(　　　)  E-mail @ |
| 変更後勤務先・所属  職　　名 |  |
| 変更後　勤務先　住所  同　Tel・Fax  メールアドレス | 〒□□□－□□□□  Tel：( )-( )-( ) ・ Fax：( )-( )-( )  E-mail @ |

　上記の薬剤師を、日本病院薬剤師会災害登録派遣薬剤師に登録することを承諾いたします。

施設名

施設長　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

所属長　役職

所属長　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞