

## 薬剤師継続学習通信教育講座受講者諸変更届

※登録都府県名（日女薬本部）・受講者番号・氏名は必ずご記入下さい。

※登録都府県(日女薬本部)	※受講者番号
---------------	--------

※フリガナ ※氏 名  (改姓の方は旧氏名) (旧氏名 )
--

新 住 所 〒	
TEL	FAX
メールアドレス	

下記宛に FAX、E-mail または郵送でご連絡下さい。

FAX 03 - 5244 - 4857      E-mail : [jwpa@khh.biglobe.ne.jp](mailto:jwpa@khh.biglobe.ne.jp)

一般社団法人 日本女性薬剤師会

〒101 - 0021 東京都千代田区外神田 2 丁目 2 番 17 号

喜助お茶の水ビル 3 階

TEL 03-5244 - 4857

FAX 03-5244-4077

E-mail : [jwpa@khh.biglobe.ne.jp](mailto:jwpa@khh.biglobe.ne.jp)