研修修了者名簿　変更届

【届出日】

令和　　年　　月　　日

【薬局名等（研修受講時の情報）】

薬局名　　　　　　　　　　　　　所在地

薬剤師名

【変更内容】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 変更項目 | 変更前 | 変更後 |
| 薬局名  薬局郵便番号  所在地  連絡先TEL  連絡先FAX  開局時間  時間外対応の有無  ※時間外対応[有]の場合、対応可能な番号 |  | （変更年月日：　年　月　日） |

（送付先）兵庫県薬剤師会　FAX：078-341-7113