

変更報告書

令和 年 月 日

(一社)鳥取県薬剤師会会長 殿

(公社)日本薬剤師会会長 殿

下記の通り変更いたしましたのでご報告いたします。

会員番号								支 部	東部 ・ 中部 ・ 西部
(フリガナ) 氏 名								※姓変更の場合 旧姓 :	印 (自署の場合不要)
現住所	〒 (建物号室)								
	TEL :				FAX :				
勤務先	名 称								
	住 所	〒 (建物号室)							
	TEL :				FAX :				
	法人名								
	開設者 法人代表者								
旧勤務先									
日薬雑誌 発送先	勤 務 先 ・ 自 宅								
勤務先業態	保険薬局	非保険薬局	病診薬局	臨床検査	教育・研究				
	行 政	製薬・輸入	卸売販売業	店舗販売業	その他	無職			
業務種別	開設者	病診薬局長	法人代表者	その他					
薬剤師区分	管理薬剤師 ・ その他の薬剤師			学校薬剤師 区分	学校薬剤師 ・ 非学校薬剤師				
備 考									

(R6年9月改正)

一般社団法人 鳥取県薬剤師会 会長 殿

住 所

氏 名

勤務先

会 費 納 入 方 法 届

標記について、諸会費を下記のとおり納入することを届出ます。

記

納 入 方 法 (注) 該当個所の () に○印を記入して下さい。

(1) 銀行口座振替 (17日振替)

①振替口座 () 山陰合同銀行
銀行名 () 鳥取銀行
() 信用金庫 支店
口座名義 _____
口座番号 普通・当座 _____

②納入方法 () 一括払(4月)

() 一括払(5月)

年度途中の入会(異動)は入会日(異動日)の属する月から起算して3ヵ月後の末日が納入期限となるため、一括払を選択の場合は、今年度の納入月を下記よりお選びください。

() 2ヵ月後 () 3ヵ月後

() 分割払 年2回 (7月・1月)

() 毎月分割払

上記のとおりとしますので、別紙預金口座振替依頼書を提出します。

(2) 銀行口座振替以外 (上記が困難な場合)

※毎年度5月末日までの一括納入とする。(今年度は入会日の属する月から起算して3ヵ月後の末日が納入期限となります。)

納入方法 () 郵便局・銀行振込による一括払

() 現金支払による一括払

預 金 口 座 振 替 依 頼 書

令和 年 月 日

株式会社 銀行

信用金庫 御中

住 所

氏 名

勤務先

私が 鳥取県薬剤師諸会費口座 に払い込む 諸会費 を、預金口座振替により支払うこと
としたいので、下記により指定預金口座から所定の期日に口座振替して下さい。

記

- 振 替 額 私が払い込むべき支払請求書記載の金額
- 振 替 日 17日（当日が休日にあたる場合は翌営業日とする）
- 指定預金口座

フリガナ				銀行届印
預金者名				
住 所	〒			
銀行名	銀行・信用金庫	支店名		
預金種類	普通 当座	口座番号		

- 預金の払出手続きについては、当座勘定取引約定書または預金規定にかかわらず、私が行うべき当座小切手の振出または預金通帳および預金払戻請求書の提出などいたしませんから、貴行（庫）所定の方法で処理されること。
- 指定口座の預金残高が振替日において振替額に満たないときは、私に通知することなく、当月の振替は取り止めていただいても異議はないこと。
- この預金口座振替契約は、貴行（庫）が必要と認めた場合には、解除されても異議はないこと。
- この取扱いについて、かりに紛議が生じても貴行（庫）には迷惑をかけないこと。

以 上