ＪＡＨＩＳ医事コン部会→総務部　御中（MAIL：iji\_renmado@jahis.jp　FAX：03-3506-8070）

**会員登録連絡票 [医薬品マスタ専用]**

医薬品マスタ登録解除申請用「医薬品マスタ専用 様式Ｂ」です

医薬品マスタ登録後の登録内容変更・担当者変更の場合は、通常の様式Ｂをご利用ください

　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 連絡する内容 | 記入が必要な項目 |
| 2.登録変更（登録内容を変更する） | 　いずれの場合もⅠ欄全項目は必須 |
|  | 1. 医薬品マスタを登録解除するのみ
2. 連絡先（所在地・TEL等）の変更もある
 | 　Ⅰ欄のみ記入　Ⅰ欄及びⅡ欄の該当箇所のみ記入 |
| 3.登録削除（JAHISから該当者の全内容を削除する） | 　Ⅰ欄のみ（今後JAHISからの連絡は届きません） |

**Ⅰ．登録者名**

|  |  |
| --- | --- |
| 会員会社名 |  |
| 登録者氏名（ふりがな） |  |
| 連絡する内容 | 上記の者について　**2.登録変更　3.登録削除**　を連絡します |

**Ⅱ．連絡先**（変更箇所のみご記入ください。）

|  |  |
| --- | --- |
| 所属部署 |  |
| 役職 |  |
| 所在地 | 〒　　　　－ |
| 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| Eﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ | ※社内のグループメールアドレスは登録できません。会社の個人のアドレスを記入してください。 |

**Ⅲ．委員会・WGの登録**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| コード | 委員会・WG名称 | 登録 |
| 加 | 除 |
| 4 | 0 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 医薬品マスタ |  | 〇 |

**Ⅳ．その他連絡事項**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | 事務局記入欄〔会員コード　　　　‐　　〕 |
| 担当部長 | ＤＢ担当 | 総務部長 |