

入会案内

熊本市薬剤師会は、各種事業及び関係団体との交流活動等を行っており、熊本県薬剤師会の支部として、最も多くの会員を擁し熊本県薬剤師会の活動に参加しているところです。

熊本市薬剤師会の活動をより活性化させるためには、多くの先生方の入会が不可欠と考えております。また、昨今の薬業界を取りまく厳しい環境からも、今後益々組織力が重要になってくるものと思います。

ご賢察の上、熊本市薬剤師会へご入会くださるようお奨め致します。

おもな特典（一部）

- ・ 本会から「会報誌」が年4回送付されます。
- ・ 本会主催の講習会・研修会・勉強会に参加できます。
- ・ 救急医療出動薬剤師に登録できます。
- ・ 学校薬剤師（業務に対し熊本市より報酬あり）に推薦いたします。
- ・ 実務実習指導薬剤師の為のワークショップへ参加できます。
- ・ 会員交流・懇親会等へ参加できます。
- ・ その他

会 員

- A会員 : 開設者の薬剤師
- C会員 : 開設者の薬剤師以外（賛助会員）
- B会員 : その他の薬剤師
- 正会員 : 熊本市に居住又は勤務する薬剤師
- 準会員 : 熊本市以外の薬剤師

年会費（入会金はありません）

- A・C会員 : 15,000円
- B 会 員 : 7,000円

入会手続きについて

入会届・個人情報承諾書に必要事項を記入・押印し、A・C会員及びB会員の管理薬剤師の方は各ブロック長の押印後、本会事務局へお申し込みください。承認・登録後、会費の郵便振替用紙を送付いたします。

A B C

会 員

ブロック長印	事務局長印	係 員 印

(一社)熊本市薬剤師会入会申込書

(フリガナ)		(明 大 昭)			
氏 名	Ⓜ	年	月	日	
自宅住所	〒	電 話	()	本籍地	県
	県				
E-mail					
薬剤師免許登録番号及び登録年月日	第 号	年	月	日	
保険薬剤師登録番号及び登録年月日	第 号	年	月	日	
最終学歴	卒業大学名	大学		学部	学科
	卒業年月日	(大 昭 平)		年	月卒業
職 歴	年 月 ~ 年 月				
	年 月 ~ 年 月				
	年 月 ~ 年 月				
	年 月 ~ 年 月				
開設する薬局等 又は勤務先の 名称及び所在地	名 称				
	所在地	〒			
	(TEL)	—	—	(FAX)	— —
	E-mail				
業 種 の 種 類	1 薬局	2 医薬品一般販売業	3 医薬品製造業	4 メーカー	
	5 卸	6 行政	7 病院	8 無職	9 その他
薬 剤 師 区 分	1 開設者	2 管理薬剤師	3 その他の薬剤師		

熊本市薬剤師会定款第6条の規定に基づき、入会を申込みいたします。

平成 年 月 日

開設者(法人名) :

開設者(氏 名) :

印

入会者(氏 名) :

一般社団法人 熊本市薬剤師会会長 殿

熊本市薬剤師会 処 置 欄	受 付 年 月 日	平成 年 月 日
	入 会 承 認 年 月 日	平成 年 月 日
	入会者への通知年月日	平成 年 月 日

※ B会員にてご入会の方・・・開設者欄は署名のみ、押印は不要です

(一社) 熊本市薬剤師会入会者 各 位

一般社団法人 熊本市薬剤師会

(一社) 熊本市薬剤師会 会員名簿への記載及び手続きに関する承諾について

本会では、会に於ける連絡等に利用の為、会員名簿の発行を行っております。
つきましては、下記の情報を掲載したいと思いますので、ご了承くださいませようお願い
致します。

記

1 掲 載 目 的

会員の連絡用として掲載する

2 掲 載 す る 情 報

氏名・自宅住所・自宅電話番号・勤務先名・勤務先住所・勤務先電話番号
(氏名・勤務先・勤務先住所・勤務先電話番号は掲載必須)

3 掲 載 す る 場 所

(一社) 熊本市薬剤師会 会員名簿上

※ 別添の会員名簿個人情報掲載承諾書及び変更・退会手続承諾書は入会申込書と一緒に
提出下さい。

ご提出のない場合は、ご承諾いただいたものとして処理いたします。

以 上

平成 年 月 日

(一社) 熊本市薬剤師会 会長 殿

(一社) 熊本市薬剤師会における会員名簿個人情報掲載承諾書

※ 氏名・勤務先・勤務先住所・勤務先電話番号は掲載する

いずれかを○で囲んで下さい

1. 自宅住所

掲載する

掲載しない

2. 自宅電話番号

掲載する

掲載しない

上記の個人情報を会員名簿に掲載する事を承諾します。

平成 年 月 日

(一社) 熊本市薬剤師会 会員

_____ (印)

(一社) 熊本市薬剤師会 会 長 殿

(一社) 熊本市薬剤師会における変更・退会手続承諾書

1. 変更届

氏名・住所・勤務先等を変更したときは、遅滞なく変更届の提出をします。

2. 退会届

退会しようとする時は、年度会費を清算後、退会届の提出をします。

上記の変更・退会手続に関する事を承諾します。

平成 年 月 日

(一社) 熊本市薬剤師会 会員

_____ (印)