

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
- ◇ B 会 員 ： 開設者以外の薬剤師
（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

- ◇ 賛助会員（C会員） ： 開設者の薬剤師以外

年 会 費

- A会員・賛助会員（C会員） ： 15,000円
- B会員 ： 7,000円

※年度の途中で入会した場合の会費は月割となります。

※ご入会承認後、事務局よりご請求いたします。入会金はありません。

入会手続きについて

下記提出書類にご記入・押印の上、所属するブロック長を訪問し押印取得し、本会へご提出
※訪問が不可能な場合は必ずブロック長へご連絡をお願いします。（各ブロック長連絡先参照）

（提出書類）No.3～5 については、該当の場合ご提出ください。

1. 入会申込書
2. 熊本市薬剤師会ご入会における承諾書
3. 輪番制休日当番薬局登録「同意書」
4. 熊本市薬剤師会ホームページ掲載の薬局情報
5. 広域病院の院外処方せん応需薬局登録申込書

【各ブロック長連絡先】勤務先住所での区毎になります。該当しない方は事務局へご連絡願います

ブロック	薬局名	ブロック長名	TEL	FAX	〒	住 所
東ブロック	ハート調剤薬局	前 田	383-8880	383-8893	862-0922	熊本市東区三郎 1-14-21
西ブロック	花園ファルマシア	山 下	288-5907	288-5908	860-0072	熊本市西区花園 5-8-12
南ブロック	アクア調剤薬局	西 山	342-6898	342-6897	861-4137	熊本市南区野口 2 丁目 12-11
北ブロック	イルカ調剤薬局	中 野	215-8141	339-5090	861-8001	熊本市北区武蔵ヶ丘 2-1-32
中央ブロック	のぞみ薬局	松 本	319-1661	319-1662	860-0004	熊本市中央区新町 4-4-24
その他	事務局		362-7630	362-0035	860-0811	熊本市中央区本荘 5-16-1

◎会員資格の取得について

定款第7条の「本会の会員になろうとする者は、理事会の定めるところにより申込みをし、その承認を得なければならない。」により理事会の承認後からとなります。（年6回）

定例理事会開催月：奇数月（5月・7月・9月・11月・1月・3月）

入会書類は各奇数月の10日必着にてご提出をお願いします。

◎送付先

〒860-0811

熊本市中央区本荘5丁目16-1 金子ビル2F

（一社）熊本市薬剤師会 事務局

(一社) 熊本市薬剤師会入会申込書

会員 区分	新規	A 会 員	B 会 員	賛助会員	ブロック長印	事務局長印	担当事務印
	再入会				/ /	/ /	/ /

フリガナ			生年月日			
氏 名	Ⓜ		(明治 大正 昭和 平成) 年 月 日			
自宅住所	〒	県 市・郡 区	電 話	()	本 籍	県
				—		
E-mail	(P C)					
	(携 帯)					
薬剤師登録番号 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 部 学科				
	卒業年月日	(昭和 平成 令和) 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. 店舗販売業 3. 医薬品製造業 4. 製薬会社 5. 卸売販売業 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。

令和 年 月 日

一般社団法人 熊本市薬剤師会会長 殿

受 付 年 月 日	年 月 日
入 会 承 認 年 月 日	年 月 日
入会者への通知年月日	年 月 日

熊本市薬剤師会ご入会についての承諾書

◇変更・退会手続に関する事を承諾します。

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。

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。

◇個人情報を会員名簿等に掲載する事を承諾します。

掲載目的：会員の連絡用として掲載します。

氏名・勤務先・勤務先住所・勤務先電話番号を掲載いたします。

自宅の住所・電話番号については、下記より選択ください。

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

※作成時に使用いたします。

令和 年 月 日

氏 名 _____ ⑩

(一社) 熊本市薬剤師会 会 長 殿