

# 山形県薬剤師会 入会御案内

一般社団法人山形県薬剤師会は、薬剤師自身の資質向上のほか、職能を活かしながら山形県民の健康な生活の確保・向上に寄与することを目的として活動している団体です。

薬剤師の資格を新たに取得された方、また、既に医療等の現場の薬剤師として御活躍されながら未入会の方、是非、御入会ください。

薬剤師という資格であなたも社会貢献に参加しませんか？



## 平成30年度の主な事業

- ・本会と山形県病院薬剤師会の協同による「8疾患テキスト」作成、CKDシール貼付事業の拡大、診療お薬手帳の改訂事業
- ・地域包括ケアシステムに関する各種事業
- ・「患者のための薬局ビジョン」に関する事業
- ・東京オリンピックに向けた「うっかりドーピング」に関する事業
- ・資質向上のための研修会、山形県薬学大会等の開催事業

## 会員の主なメリット

- ・日本薬剤師会学術大会の発表者助成制度あり(会員歴1年以上)
- ・本会主催研修会の案内、参加費は会員無料(非会員は1回5,000円)
- ・日本薬剤師会生涯学習支援システム(JPALS)の利用料金無料
- ・薬剤師賠償責任保険等の加入資格付与

## 会費(C会員:勤務薬剤師の場合)

- ・年会費: 17,000円(県薬会費、公益社団法人日本薬剤師会B会費)  
+ 地区薬剤師会の年会費

※ 詳細は事務局へお問い合わせください



一般社団法人

山形県薬剤師会

ホームページ <http://www.y-yaku.or.jp/index.html>

〒990-2411

山形県山形市前田町17-15

TEL 023-622-3484

FAX 023-632-5196

都道府県 薬剤師会会長 殿  
日本薬剤師会会長 殿

# 入会申込書 (入会者用)

年 月 日

貴薬剤師会の定款および細則の規定に基づき、且つ個人情報の取扱いについて同意し入会を申込みます。

## 1. 入会者は、太線の枠内のみご記入下さい。

No.  

会員番号	<input style="width: 95%;" type="text"/>	都道府県薬名	<input style="width: 95%;" type="text"/>	支部名	<input style="width: 95%;" type="text"/>							
入 会 者	氏名	<input style="width: 95%;" type="text"/>				印	性別					
	フリガナ	<input style="width: 95%;" type="text"/>				男	女					
	生年月日	大正	昭和	平成	<input style="width: 95%;" type="text"/>	年	月	日	薬 番 号	第	<input style="width: 95%;" type="text"/>	号
	出身校名	<input style="width: 95%;" type="text"/>				卒 年	業 度	大正	昭和	平成	<input style="width: 95%;" type="text"/>	年度
勤 務 先	郵便番号	<input style="width: 95%;" type="text"/> (※7桁を必ず記入)										
	所在地	<input style="width: 95%;" type="text"/>										
	建物号室	<input style="width: 95%;" type="text"/>										
	勤務先名称 法人の名称 (個人の場合は空欄)	<input style="width: 95%;" type="text"/>										
先 宅	開設者・法人代表者の氏名	<input style="width: 95%;" type="text"/>										
	電話番号 (右詰記入)	市外局番	局番	番 号		FAX番号 (右詰記入)	市外局番	局番	番 号			
	郵便番号	<input style="width: 95%;" type="text"/> (※7桁を必ず記入)										
	住所	<input style="width: 95%;" type="text"/>										
分 類 区 分	雑誌送先	<input style="width: 95%;" type="text"/>										
	勤務先	自 宅	<input style="width: 95%;" type="text"/>									
	業務形態	保 険 薬 局	非 保 険 薬 局	病 診 薬 局	臨 床 検 査	教 育 ・ 研 究						
	業務種別	行 政	製 薬 ・ 輸 入			卸 売 販 売 業						
分 類 区 分	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									
	地方薬剤師会における会員区分	正 会 員	賛 助 会 員			名 譽 会 員						
	会費区分	A 会 費	B 会 費									
会費額	<input style="width: 95%;" type="text"/>											
最終納付年月	<input style="width: 95%;" type="text"/> (例: 201305)											
備考	<input style="width: 95%;" type="text"/>											

### 〔記入上のご注意〕

1. 薬剤師以外は、賛助会員とします。
2. 裏面に記載の「会員の個人情報の取扱いについて」をよく読み、承認された上でご記入ください。
3. 「性別」「生年月日」「卒業年度」の年号は該当の文字を○で囲んでください。
4. 出身校名は薬科大学(旧薬専)のみ記入してください。大学院、専科、専攻科等は記入しないでください。
5. 姓と名の間、フリガナの項の濁音のあと、住所と気付の間は1マス空けてください。
6. 記入は楷書ではっきりと強めにお書きください。
7. 再入会の方は以前の会員番号をお書きください。
8. 文字は一番左のマス、数字は一番右のマスに揃えてご記入ください。
9. 「法人の名称」及び「開設者・法人代表者の氏名」は薬局及び店舗販売業の方のみ記入してください。