

# 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。仲間同士が協力し合うことで個々の薬剤師を超えたより大きな力となります。

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？

健康生活  
あなたの隣に薬剤師  
Yamagata Pharmaceutical Association

## 平成29年度の主な事業

- ・本会と山形県病院薬剤師会の協働による「8疾患テキスト」作成事業
  - ・地域包括ケアシステムに関する各種事業
  - ・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
- など

## 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
- など

## 会費例(C会員:勤務薬剤師の場合)

- ・年間会費: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



一般社団法人

山形県薬剤師会

〒990-2411 山形県山形市前田町17-15  
TEL 023-622-3484 FAX 023-632-5196  
ホームページ <http://www.y-yaku.or.jp/index.html>

明治29年 設立  
昭和44年 社団法人化  
平成24年 一般社団法人化  
正会員 薬剤師  
賛助会員 薬剤師以外

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 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>		
	生年月日	大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/>	年 <input type="text"/>	月 <input type="text"/>	日 <input type="text"/>		薬剤師番号	第 <input type="text"/> 号
	出身校名	<input style="width: 95%;" type="text"/>				卒業年度	大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/>	年度 <input type="text"/>
勤務先	郵便番号	<input style="width: 95%;" type="text"/> (※7桁を必ず記入)						
	所在地	都道府県 <input style="width: 95%;" type="text"/>						
	建物号室	<input style="width: 95%;" type="text"/>						
	勤務先名称	<input style="width: 95%;" type="text"/>						
自宅	法人の名称 (個人の場合は空欄)	<input style="width: 95%;" type="text"/>						
	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 <input type="text"/>	局番 <input type="text"/>	番 号 <input type="text"/>	FAX番号 (右詰記入)	市外局番 <input type="text"/>	局番 <input type="text"/>	番 号 <input type="text"/>
	郵便番号	<input style="width: 95%;" type="text"/> (※7桁を必ず記入)						
分 類 区 分	住所	都道府県 <input style="width: 95%;" type="text"/>						
	建物号室	<input style="width: 95%;" type="text"/>						
	電話番号 (右詰記入)	市外局番 <input type="text"/>	局番 <input type="text"/>	番 号 <input type="text"/>	FAX番号 (右詰記入)	市外局番 <input type="text"/>	局番 <input type="text"/>	番 号 <input type="text"/>
	雑誌発送先	勤務先	自宅	<input style="width: 95%;" type="text"/>				
分 類 区 分	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	<input style="width: 95%;" type="text"/>	
	業務種別	行 政	製薬・輸入	無 職	学 生	卸売販売業	<input style="width: 95%;" type="text"/>	
	薬剤師区分	開設者	病診薬局長	法人代表者	そ の 他	<input style="width: 95%;" type="text"/>		
	学校薬剤師区分	管理薬剤師	その他の薬剤師	<input style="width: 95%;" type="text"/>				
分 類 区 分	地方薬剤師会における会員区分	正 会 員	賛 助 会 員	名 誉 会 員	<input style="width: 95%;" type="text"/>			
	会費区分	終 身 会 員	有 功 会 員	特 別 会 員	<input style="width: 95%;" type="text"/>			
	会費額	A 会 費	B 会 費	<input style="width: 95%;" type="text"/>				
	最終納付年月	<input style="width: 95%;" type="text"/>					円	<input style="width: 95%;" type="text"/>
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。