

公益社団法人 神奈川県薬剤師会 会員規程

第1章 総則

(目的)

第1条 この規程は、公益社団法人神奈川県薬剤師会（以下「本会」という）定款第5条から第11条の規定に基づき、本会の会員の構成、並びに入会及び退会に関し、必要な事項を定めるものとする。

(会員構成)

第2条 本会の会員は、定款第5条の規定に基づき正会員、賛助会員、名誉会員及び有功会員とする。

第2章 入会等手続

(入会基準及び手続)

第3条 本会の正会員又は賛助会員として入会しようとする者は、別紙「第1号様式」の入会申込書に必要事項を記入し、当該年度の入会金・会費を添えて、本会会長に提出しなければならない。

2 前項の入会申込書に対し、本会理事会は、別表の資格基準により審査を行い、入会の可否を決定し、申込者に別紙「第2号様式」により通知する。

3 名誉会員及び有功会員は、理事会の推薦により、総会において決定する。

(会員名簿及び個人会員に関する情報の取扱い)

第4条 入会者は、会員の種別毎に、本会が管理する会員名簿に登録する。

(別紙「第3号様式」)

2 前項の入会申込書に記載した事項に変更が生じた場合は、別に定める変更届を理事会に提出しなければならない。

3 会員名簿に登録された個人会員に関する情報については、本会が別に定める「個人情報取扱規則」に基づき取扱わなければならない。

(会費)

第5条 会費の金額及び納期、並びに会費滞納に対する催告等に関する細則は、本会定款第8条により総会において別に定める「会費規程」による。

2 定款第5条第1項第3号の名誉会員については、会費を要しない。

3 定款第5条第1項第4号の有功会員については、会費を要しない。

(退会事由及び手続)

第6条 会員は、定款第9条の規定に基づき、退会届（別紙「第4号様式」）を提出して、任意に退会することができる。

2 定款第11条の定めにより、退会以外の理由により、会員の資格を喪失した場合は、退会と同じく会員名簿の登録を抹消する。

3 前各項により会員資格を喪失した場合、既納の会費及び負担金等は返還しない。

(再入会)

第7条 前条の規定により会員資格を喪失した者が再入会を希望する場合には、改めて定款第6

条に定める入会申込書の提出を求めることとする。

- 2 前項の再入会申込みに対しては、第3条に定める基準により、理事会において再入会の可否を決定し、これを申込者に通知する。ただし、退会の際、未納の会費及び負担金等がある場合には、当該未納分を支払わない限り、再入会は認めない。また、除名により会員資格を喪失した者は、資格喪失後5年間は、再入会は認めないこととする。

第3章 正会員

(種別)

第8条 定款第5条に定める正会員の種別は、次のとおりとする。

- 一 第1種会員は、薬局、店舗販売業及び卸売販売業の経営者・管理者とする。
- 二 第2種会員は、第1種及び第3種会員以外の者とする。
- 三 第3種会員は、満77歳以上の無職の者とする。

第4章 賛助会員

(種別)

第9条 定款第5条に定める賛助会員の種別は、次のとおりとする。

- 一 賛助A会員は、薬局、店舗販売業及び卸売販売業の非薬剤師の経営者
- 二 賛助B会員は非薬剤師の、薬品の製造業、卸売業、医薬品販売等の関係者及び本会の目的・事業に賛同する個人並びに神奈川県以外に在住する薬剤師
- 三 賛助C会員は、本会の目的及び事業に賛同する企業・団体

第5章 名誉会員及び有功会員

(名誉会員及び有功会員)

第10条 名誉会員は、定款第5条に基づき、薬学の発展及び薬剤師職能の向上に著しい貢献があった者に贈る栄誉の称号とする。

第11条 有功会員は、定款第5条に基づき、本会の活動に関し特に功労のあった者に贈る称号とする。

(処遇)

第12条 名誉会員及び有功会員の称号を受けた者は、名誉会員及び有功会員名簿に登録する。

(改廃)

第13条 この規程の改廃は、理事会の議を経て、総会の決議により行う。

附則

- 1 この規程の施行に関し、必要な事項は別に定める。
- 2 この規程は、整備法第106条第1項に定める公益法人の設立の登記の日から施行する。
〔登記の日：平成25年4月1日〕
- 3 平成27年3月15日一部改正、平成27年4月1日より施行する。
- 4 平成28年3月6日一部改正、平成28年4月1日より施行する。
- 5 平成31年(2019年)3月3日一部改正、平成31年(2019年)4月1日より施行する。

「別表」資格基準

| 会員名称 | 資格基準 |
|------|--|
| 正会員 | <ul style="list-style-type: none"> ① 薬剤師の免許を取得していること（薬剤師法第2条） ② 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律及び薬剤師法等に違反した者で、業務停止期間等が終了していること ③ 本会の会員として除名の処分を受けた日から5年以上経過していること |
| 賛助会員 | <ul style="list-style-type: none"> ① 薬剤師ではないが、本会の目的及び事業に賛同し、事業に賛助するために入会を希望する個人及び企業・団体 ② 神奈川県以外に在住する薬剤師 ③ 本会の会員として除名の処分を受けた日から5年以上経過していること |
| 名誉会員 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 薬学の発展及び薬剤師職能の向上に著しい貢献があった者として、総会で名誉会員とすることを決議した者 |
| 有功会員 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 本会の活動に関し特に功績があった者として、総会で有功会員とすることを決議した者 |

(1枚目)

(1)神奈川県薬剤師会(1枚目を薬剤師会へ送付し、2枚目は入会者が保管してください。)

第1号様式
(会員規程 第3条第1項関係)

年 月 日

入会申込書

(入会しない薬剤師会会長名は削除線を引いてください。)

神奈川県薬剤師会 会長 殿

【日本薬剤師会 会長 殿】

私は、薬剤師会の趣旨に賛同し、入会を申し込みます。

※1 必要事項にご記入、又は☑を付けてください。

※2 赤字は薬剤師のみご記入ください。

※3 法人欄は勤務先の経営者についてご記入ください。

| | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|---|--------------------------------|--------------------------------|
| 入会者 | フリガナ (姓) | (名) | | 捺印 又は サイン | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 | |
| | 氏名 | | | | | <input type="checkbox"/> 女 | |
| | 生年月日 | <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H 年 月 日生 | 出身 大学 | 卒業年月 | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> 年 月 卒 | 薬剤師 登録番号 | 第 号 |
| | 自宅住所 (気付) | 〒 - | 都道 府県 | 市区 | 市区 町村 | 電話番号 | - - |
| | 業務種別 | <input type="checkbox"/> 法人代表者 | <input type="checkbox"/> 開設者(個人) | <input type="checkbox"/> 勤務者 | <input type="checkbox"/> 無職 | ファックス番号 | - - |
| | 自宅メール アドレス | @ | | | | | |
| 日本薬剤師会 の加入 | 日本薬剤師会 <input type="checkbox"/> 入会する <input type="checkbox"/> 入会済 <input type="checkbox"/> 入会しない | | 雑誌等 送付先 | <input type="checkbox"/> 店舗・勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 法人所在地 | | | |
| ※法人代表者・開設者の方は、主たる勤務先(店舗名)を、勤務者の方は勤務先をご記入ください。無職の方は記入不要です。 | | | | | | | |
| 勤務先 (店舗名) | フリガナ | | | 業態 | <input type="checkbox"/> 保険薬局 | <input type="checkbox"/> 非保険薬局 | <input type="checkbox"/> 店舗販売業 |
| | 店舗名・ 勤務先名 | | | | <input type="checkbox"/> 卸売販売業 | <input type="checkbox"/> 病院診療所 | <input type="checkbox"/> 教育・研究 |
| | 所在地 | 〒 - | 都道 府県 | 市区 | 市区 町村 | 電話番号 | - - |
| | (気付) | | | ファックス番号 | - - | | |
| 勤務先メール アドレス | @ | | | | | | |
| ※勤務先(店舗)の経営者(法人開設・個人開設)についてご記入ください。 | | | | | | | |
| 経営者 | フリガナ | | | フリガナ | | | |
| | 法人名 | ※個人開設の場合は記入不要 | | 法人代表者名 又は 個人開設者名 | | | |
| | 法人所在地 又は 開設者住所 (気付) | 〒 - | 都道 府県 | 市区 | 市区 町村 | 電話番号 | - - |
| メールマガジン 登録先 | <input type="checkbox"/> 自宅 | <input type="checkbox"/> 勤務先 | ※メールアドレスが記載されている場合はメールマガジンに登録しますので、どちらかに○をつけてください。 | | | | |
| 備考 | ※連絡事項等、ご記入ください。 | | | | | | |
| ※他の都道府県薬剤師会より移動された場合は、移動元の都道府県名と会員番号をご記入ください。 | | | | | 退会年月日 | 年 月 日 | |
| 都道府県 薬剤師会名 | 会員番号 | | 本年度の日薬会費 | | <input type="checkbox"/> 納入済 | <input type="checkbox"/> 未納 | |

※原則として勤務先住所(無職の方は自宅住所)を代議員選挙規程の選挙区に登録しますが、別途ご希望がある場合は備考欄にご記入ください。

ただし、行政(神奈川県)、卸売販売業、病院診療所勤務の場合は、各職域選挙区の登録になります。

※個人情報保護法施行に伴う会員個人情報の取扱いに則り、地域薬剤師会等からの要請により、情報開示する場合があります。(詳細はホームページ参照)

会員入会可否決定通知書

年 月 日

入会申請者

殿

公益社団法人 神奈川県薬剤師会
会長

貴殿より申請のあった本会への入会について、次のとおり通知いたします。

1. 入会の可否 認める ・ 認めない
2. 入会年月 年度（ 年 月）
3. 会員種別 正会員 ・ 賛助会員
4. 会員番号
5. 所属選挙区名

会 員 名 簿

年 月 日発行

| 選挙 区名 | 会員 種別 | 会員 番号 | 会員名 | 業務 種別 | 勤 務 先 | | | | | |
|----------|----------|----------|-----|----------|-------|------|--------|-----|-----------|-----|
| | | | | | 業態 | 勤務先名 | 勤務先所在地 | TEL | 薬剤師 区分 | 法人名 |
| | | | | | | | | | | |

[表題説明]

- ・選挙区名 ー 地域薬剤師会、職域薬剤師会
- ・会員種別 ー 正会員、賛助会員、名誉会員、有功会員
- ・業務種別 ー 法人代表者、開設者、勤務者、無職、その他
- ・業態 ー 保険薬局、非保険薬局、店舗販売業、卸売販売業、病院診療所、臨床検査、
教育・研究、行政、製薬・輸入、その他
- ・薬剤師区分 ー 管理薬剤師、その他の薬剤師

年 月 日

退 会 届

| | | |
|--|--|--|
| | | |
| | | |

神奈川県薬剤師会 会長 殿

次のとおり退会いたしたく、お届けいたします。

※必要事項にご記入、又は☑を付けてください。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|---------|--|--|--------|--|---|---|--|--|---|
| 会 員 | フリガナ | (姓) | (名) | 印又は自筆サイン | 会員番号 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 退会者氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 退会後の連絡先 | 〒 | — | 都道府県 | 市区 | 市区町村 | 番地 | 電話番号 | | | | | | | | | | | |
| | 自宅住所 | (気付) | | | | | ファックス番号 | | | | | | | | | | | | |
| そ の 他 | 退会理由 | <input type="checkbox"/> 転勤 <input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 廃業 <input type="checkbox"/> 店舗移転 <input type="checkbox"/> 店舗譲渡 <input type="checkbox"/> その他(下記に理由を記入) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 届出者氏名 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外氏名() | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外氏名() | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外氏名() | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外氏名() | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外氏名() | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外氏名() | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外氏名() | 退会后、会員証は必ずご返却くださるようお願い申し上げます。 <input type="checkbox"/> 返却 <input type="checkbox"/> 紛失 | | | | | | | | | | |
| | 薬剤師会の加入状況 | <p style="text-align: center;">《退 会 後》</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>区薬剤師会</td> <td>(市)薬剤師会</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">日本薬剤師会</td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 退会する <input type="checkbox"/> 会員継続 </td> <td> <input type="checkbox"/> 退会する <input type="checkbox"/> 会員継続 </td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"> <input type="checkbox"/> 退会する <input type="checkbox"/> 会員継続 </td> </tr> </table> <p>※(市)は、必要に応じて線で消してください。</p> | | | | | | | 区薬剤師会 | (市)薬剤師会 | | | 日本薬剤師会 | | <input type="checkbox"/> 退会する <input type="checkbox"/> 会員継続 | <input type="checkbox"/> 退会する <input type="checkbox"/> 会員継続 | | | <input type="checkbox"/> 退会する <input type="checkbox"/> 会員継続 |
| 区薬剤師会 | (市)薬剤師会 | | | 日本薬剤師会 | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 退会する <input type="checkbox"/> 会員継続 | <input type="checkbox"/> 退会する <input type="checkbox"/> 会員継続 | | | <input type="checkbox"/> 退会する <input type="checkbox"/> 会員継続 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 備 考 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |