

公益社団法人 神奈川県薬剤師会 会員規程施行細則

(目的)

第1条 この細則は、公益社団法人神奈川県薬剤師会会員規程（以下「規程」という）に基づき、入会・変更及び退会に関し、必要な事項を定めるものとする。

(入会申込書)

第2条 規程第3条において、本会への入会希望者が届け出る必要事項は別表1のとおりとする。また、その届け出については入会申込書（第1号様式）もしくは本会ホームページからの登録フォームとする。

(会員入会可否決定通知書)

第3条 規程第3条第2項における通知とは、会員入会可否決定通知書（第2号様式）とする。

(会員名簿)

第4条 規程第4条における会員名簿とは、第3号様式とする。

(変更届)

第5条 規程第4条第2項において、別表1の項目に変更が生じた場合の届け出については、変更届（第4号様式）もしくは本会ホームページからの登録フォームとする。

(退会届)

第6条 規程第6条第2項における退会希望者が届け出る必要事項は別表2のとおりとする。また、その届け出については退会届（第5号様式）もしくは本会ホームページからの登録フォームとする。

(改廃)

第7条 この細則の改廃は、理事会の決議により行う。

附則

1 この細則は、令和7年5月22日制定、令和7年6月22日より施行する。

別表1 入会時

【入会者】

氏名（フリガナ）、性別、生年月日、薬剤師登録番号※、出身大学※、卒業年月※、
自宅住所、電話番号、FAX 番号、連絡用メールアドレス、業務種別、日本薬剤師会の加入、
雑誌等送付先、メールマガジン用メールアドレス

【勤務先（店舗名）】

勤務先名（フリガナ）、勤務先住所、勤務先電話番号、勤務先 FAX 番号、業態、
薬剤師区分※

【経営者】

法人名（フリガナ）、法人代表者名（フリガナ）、法人住所、法人電話番号、法人 FAX 番号

※ 薬剤師のみ記入

別表2 退会時

【退会者】

会員番号、氏名（フリガナ）、勤務先名、
退会後の連絡先 自宅住所、電話番号、FAX 番号、メールアドレス

退会理由 管理者交代・転勤・退職・廃業・店舗譲渡・死亡・その他

【届出者】

本人・本人以外（代理人氏名）

入会申込書

年 月 日

(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)				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	出身 大学	大学	卒業 年月	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R	薬剤師 登録番号	第	号
	年月	年	月	日生	年	月卒			
	自宅住所 (気付)	〒 県				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	-	-	
連絡用メール アドレス	@								
日本薬剤師会 の加入	<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	
					薬剤師区分	<input type="checkbox"/> 管理薬剤師 <input type="checkbox"/> その他薬剤師			
						<input type="checkbox"/> 行政	<input type="checkbox"/> 製薬・輸入	<input type="checkbox"/> その他	
所在地 (気付)	〒 県				電話番号	-	-		
					ファックス番号	-	-		
※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)	〒 県				電話番号	-	-	
						ファックス番号	-	-	
メールマガジン 用メールアドレス	@								
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"/> 納入済み	<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、各職域選挙区に登録になります。

※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

変更届

(※適宜必要に応じて二重線で消してください)

神奈川県薬剤師会 会長 殿
【日本薬剤師会 会長 殿】

私の登録内容を、次のとおり変更いたします。

※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。

▼変更行に○印を付けてください

会 員	フリガナ	(姓)	(名)			性別	□ 男	□ 女						
	氏名	(旧姓)	←姓の変更があるときのみ記入											
	自宅住所	〒	県			電話番号	—	—						
	(気付)				ファックス番号	—	—							
	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	連絡用メールアドレス	@							
				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							
勤 務 先 (店 舗 名)	※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。													
	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						
					<input type="checkbox"/> 行政	<input type="checkbox"/> 製薬・輸入	<input type="checkbox"/> その他							
				薬剤師区分	<input type="checkbox"/> 管理薬剤師	<input type="checkbox"/> その他薬剤師								
	所在地	〒	県			電話番号	—	—						
	(気付)				ファックス番号	—	—							
経 営 者	※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。													
	フリガナ				フリガナ									
	法人名	※個人開設の場合は、右側の個人開設者名を記入			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	〒	県			電話番号	—	—						
	(気付)				ファックス番号	—	—							
	メールマガジン 用メールアドレス	@												
備 考	※連絡事項等、ご記入ください。													
薬 剤 師 会 記 入								会員番号						

※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)

