

会員各位

札幌病院薬剤師会
会長 本郷 文教



会費納入並びに連盟加入のご案内

謹啓 時下ますますご健勝のほどお喜び申し上げます。

平素は本会の運営について深いご理解とご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、平成27年度の本会運営の為の会費を下記の方法にて **7月1日(水)までに** 至急納入お願い致します。定められた期限を過ぎますと、日病薬の地方交付金が得られなくなりますのでご了承の上ご協力お願い致します。

会員全員の勤務先及び住所録 (**会員住所録**) については、同じく **7月1日までに** 下記の送付先へ郵送して下さい。なお、**新規入会** 及び **異動** がある場合は、同封の **会員入会申込書・会員異動届 (様式1)** に必ず記入し、会員住所録とあわせて郵送して下さい。また、**7月2日以降** の新規入会と異動及び退会については、様式1にてその都度下記の送付先へ郵送にてご連絡下さい。

会員住所録及び新規入会及び異動届の送付先が下記のように(一社)札幌薬剤師会内となっていますのでお間違いなく郵送されますようお願い致します。

北海道病院薬剤師連盟 (代表: さっぽろ二十四軒病院、田中 協) では日本病院薬剤師連盟への加入を推進しております。つきましては連盟年会費 (一人一口3,000円) を同封の専用振込用紙にて下記の郵便局口座へお納め下さい。日本病院薬剤師連盟へ一括して送金いたします。日病薬会員として人員配置や診療報酬における要望を実現するために多くの会員の加入をお願い致します。

記

敬具

《 会 費 》	年会費	12,000円
	会費内訳	日本病院薬剤師会費 8,000円 北海道病院薬剤師会費 2,000円 札幌病院薬剤師会費 2,000円

《会費納入方法》

郵便振込 → 手稲駅前郵便局 (青い振込用紙)
口座番号 02700-8-75334
札幌病院薬剤師会

《連盟年会費納入方法》

郵便振込 → 札幌南二条郵便局 (赤い振込用紙)
口座番号 02790-6-44242
北海道病院薬剤師連盟

※納入は同封の振込用紙を使用し郵便振込にてお願い致します。
札幌病院薬剤師会並びに北海道病院薬剤師連盟の領収書は発行いたしません。
※会費振り込みの際は、通信欄に **施設名、会費納入者全員の氏名** を忘れずにご記入下さいませようお願い致します。
又、振り込みは、施設毎にまとめて送金下さいませようお願い致します。

《会員住所録・新規入会及び異動届の送付先》

〒062-8631 札幌市豊平区平岸1条8丁目5-12
一般社団法人札幌薬剤師会内 札幌薬会会員登録担当 宛
TEL 011-814-5556 Fax 011-814-0093

会員住所録 (必ず提出願います)

施設名 (正式名称で) _____ 病床数 _____ 床 _____
 所在地 (〒 _____) TEL _____ - _____ - _____
 FAX _____ - _____ - _____
 所属部署名称 薬局・薬剤部・薬剤課・薬剤科・その他 (_____)

薬剤師数 _____ 名 うち札病薬会員数 _____ 名

変更が無くても、上記の項目及び下記の氏名欄は必ずご記入下さい。(名簿掲載順に)

新規入会及び異動がある場合には、入会申込書・異動届(様式1)にも記入して下さい。

自宅住所等の変更および訂正は前回名簿から変更および訂正のあったときのみご記入下さい。

(変更届も別途提出願います)

新規入会の方はすべてご記入下さい。郵便番号は7桁で記入してください。

フリガナ 氏名	変更	自宅住所	卒業大学 卒業年	卒業大学院 修了年
	無 新 有	(〒 _____) (TEL _____ - _____ - _____)	昭・平 _____ 年卒	昭・平 _____ 年 (修士・博士)
	無 新 有	(〒 _____) (TEL _____ - _____ - _____)	昭・平 _____ 年卒	昭・平 _____ 年 (修士・博士)
	無 新 有	(〒 _____) (TEL _____ - _____ - _____)	昭・平 _____ 年卒	昭・平 _____ 年 (修士・博士)
	無 新 有	(〒 _____) (TEL _____ - _____ - _____)	昭・平 _____ 年卒	昭・平 _____ 年 (修士・博士)
	無 新 有	(〒 _____) (TEL _____ - _____ - _____)	昭・平 _____ 年卒	昭・平 _____ 年 (修士・博士)
	無 新 有	(〒 _____) (TEL _____ - _____ - _____)	昭・平 _____ 年卒	昭・平 _____ 年 (修士・博士)
	無 新 有	(〒 _____) (TEL _____ - _____ - _____)	昭・平 _____ 年卒	昭・平 _____ 年 (修士・博士)
	無 新 有	(〒 _____) (TEL _____ - _____ - _____)	昭・平 _____ 年卒	昭・平 _____ 年 (修士・博士)
	無 新 有	(〒 _____) (TEL _____ - _____ - _____)	昭・平 _____ 年卒	昭・平 _____ 年 (修士・博士)
	無 新 有	(〒 _____) (TEL _____ - _____ - _____)	昭・平 _____ 年卒	昭・平 _____ 年 (修士・博士)

※個人情報の取扱いについて

1. 提供いただいた個人情報は、安全に管理し、保護の徹底に努めます。
2. 提供いただいた個人情報は、本会に関わる事務手続きに使用します。また、本会が実施するセミナー等の事業案内のためにも使用する場合があります。
3. 提供いただいた個人情報は、北海道病院薬剤師会発行の会員名簿に掲載されます。
4. 個人情報の開示、訂正、削除については当会事務局までお問い合わせ下さい。

会員入会申込書・会員異動届・会費の 送付・送金先にご注意ください。

1) 新規に入会される方

会員入会申込書（様式 1） に必要事項を記入し、下記まで送付するとともに所定の口座まで会費納入して下さい。会費には、札幌病院薬剤師会、北海道病院薬剤師会、日本病院薬剤師会の会費が含まれています。

2) 異動があった方

氏名・自宅住所・勤務先等の変更及び退会をされる方は会員異動届（様式 1） に必要事項を記入し、下記まで送付して下さい。

すでに他支部及び他県にて会費を納入された方でも、他支部からの異動の場合は、札幌薬の年会費（2,000 円）の納入が必要となります。また、他県からの異動の場合は、札幌薬の年会費（2,000 円）と北病薬の会費（2,000 円）の納入が必要となります。

送付先は札幌薬剤師会内となっていますのでご注意ください。

会員入会申込書及び異動届の送付先

〒062-8631 札幌市豊平区平岸 1 条 8 丁目 5-12

一般社団法人札幌薬剤師会内 札幌薬会員登録担当 宛

TEL 011-814-5556

Fax 011-814-0093

会費納入方法

《会 費》 年間：12,000 円

《郵便振込》 手稲駅前郵便局 口座番号 02700-8-75334
札幌病院薬剤師会

※必ず通信欄に、施設名、会費納入者全員の氏名を忘れずにご記入下さい。
※札幌薬の領収書は発行いたしません。
※平成 26 年度より半期会員の取り扱いは廃止となりました。

会員住所録

(必ず提出願います)

施設名 (正式名称で) 医療法人日病会 札幌記念病院 病床数 100 床

所在地 (〒○○○-○○○) 札幌市中央区○○○○○○○○ TEL ○○○-○○-○○○

FAX ○○○-○○-○○○

所属部署名称 薬局・薬剤部・薬剤課・薬剤科・その他 ()

薬剤師数 4 名 うち札幌薬会員数 3 名

変更が無くても、上記の項目及び下記の氏名欄は必ずご記入下さい。(名簿掲載順に)

新規入会及び異動がある場合には、**入会申込書・異動届(様式1)**にも記入して下さい。

自宅住所等の変更および訂正は**前回名簿から変更および訂正のあったときのみ**ご記入下さい。

(変更届も別途提出願います)

新規入会の方はすべてご記入下さい。郵便番号は7桁で記入してください。

フリガナ 氏名	変更	自宅住所	卒業大学 卒業年	卒業大学院 修了年
ヤマダ タロウ	無	(〒) (TEL - -)		
山田 太郎	新有		昭・平 年卒	昭・平 年 (修士・博士)
サトウ ハナコ	無	(〒○○○-○○○) (TEL○○○-○○○-○○○)		
佐藤 花子	新有	札幌市南区○○○○○○○○○○○○○○	昭・平 年卒	昭・平 年 (修士・博士)
ヤクムラ ショウタ	無	(〒○○○-○○○) (TEL○○○-○○○-○○○)	北海道大学	北海道大学
薬村 正太	新有	札幌市東区○○○○○○○○○○○○○○	昭・平 9年卒	昭・平 11年 (修士・博士)
	無	(〒) (TEL - -)		
	新有		昭・平 年卒	昭・平 年 (修士・博士)
	無	(〒) (TEL - -)		
	新有		昭・平 年卒	昭・平 年 (修士・博士)
	無	(〒) (TEL - -)		
	新有		昭・平 年卒	昭・平 年 (修士・博士)
	無	(〒) (TEL - -)		
	新有		昭・平 年卒	昭・平 年 (修士・博士)
	無	(〒) (TEL - -)		
	新有		昭・平 年卒	昭・平 年 (修士・博士)
	無	(〒) (TEL - -)		
	新有		昭・平 年卒	昭・平 年 (修士・博士)

※個人情報の取扱いについて

1. 提供いただいた個人情報は、安全に管理し、保護の徹底に努めます。
2. 提供いただいた個人情報は、本会に関わる事務手続きに使用します。また、本会が実施するセミナー等の事業案内のためにも使用する場合があります。
3. 提供いただいた個人情報は、北海道病院薬剤師会発行の会員名簿に掲載されます。
4. 個人情報の開示、訂正、削除については当会事務局までお問い合わせ下さい。

会員入会申込書

届出日 平成〇〇年〇〇月〇〇日

フリガナ ヤクムラ ショウタ	性別 (男)・女 ※会員No.
氏名 薬村 正太	薬剤師免許番号 1 2 3 4 5 6 7 号
勤務先名 医療法人人口病会 札幌記念病院	
勤務先住所 〒〇〇〇-〇〇〇〇 札幌市中央区〇〇〇〇〇〇〇〇	
☎ 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇 (100 床) (部署名称 〇〇〇〇〇)	
生年月日 (S)・H 49 年 8 月 7 日	
会員種別 (正会員) / 特別会員	
卒業大学 北海道大学 卒業年 S・H 9 年	
卒業大学院 修了年 S・H 11 年 (修士・博士)	
※旧勤務先名 都道府県 病院・薬局	
自宅住所 〒〇〇〇-〇〇〇〇 札幌市東区〇〇〇〇〇〇〇〇〇	会員名簿への掲載 (住所・電話番号) <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない 記載無の場合、勤務先住所が名簿に掲載されます。

※特別会員への送付物をご自宅へ送付されます。
 ※印刷は、再入会の場合には必ずご記入下さい。
 ※新入会及び異動がある場合には該当する項目を記入の上、下記まで郵送して下さい。また、会費納入時は、会員住所録とあわせて郵送して下さい。
 ※平成26年度より半期会員の取り扱いには廃止となりました。
 《郵送先》〒062-8631 札幌市豊平区平岸1条8丁目5-12 一般社団法人札幌薬剤師会内 札幌薬業会員登録担当 宛
 FAX 011-814-0093

この用紙をコピーして、
一人一葉でご使用下さい。

個人情報 取扱いについて

- 1.提供いただいた個人情報は、安全に管理し、保護の徹底に努めます。
- 2.提供いただいた個人情報は、本会に関わる事務手続きに使用します。また、本会が実施するセミナー等の事業案内のためにも使用場合があります。
- 3.提供いただいた個人情報は、北海道病院薬剤師会発行の会員名簿に掲載されます。
- 4.個人情報の開示、訂正、削除については当会事務局までお問い合わせ下さい。

会員異動届

届出日 平成〇〇年〇〇月〇〇日

フリガナ サカヤク シカコ	フリガナ	会員No.
氏名 坂薬 師香子	勤務先名 札幌記念病院	
フリガナ サトウ ハナコ	フリガナ	
新氏名 佐藤 花子	旧氏名	
フリガナ サトウ ハナコ	フリガナ	
氏名 佐藤 花子	会員No.	
新住所 〒〇〇〇-〇〇〇〇 札幌市南区〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	TEL 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇	
※会員名簿への掲載 (住所・電話番号) <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない 記載無の場合、勤務先住所が名簿に掲載されます。		
フリガナ サトウ ハナコ	フリガナ	会員No.
氏名 佐藤 花子	旧支部 (区)	
フリガナ トヨコウジン...	旧勤務先名	
新勤務先 医療法人日病会 札幌記念病院 (100 床) (部署名称)		
新勤務先所在地 (〒 〇〇〇-〇〇〇〇) TEL 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇 FAX 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇		
札幌市中央区〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇		
名簿順位 (無記入の場合、最下段とします。)		
[氏名 山田 太郎]の次に挿入する		

種別変更 正会員 → 特別 (個人) 会員 特別 (個人) 会員 → 正会員