

洞薬会（北九州地区勤務薬剤師会）へ新規にご入会する方へ

洞薬会（北九州地区勤務薬剤師会）へのご入会をご決定いただき、まことにありがとうございます。入会に際しまして、以下のフローチャートに沿って、該当する方法にて、入会の手続きをお願いいたします。

①貴方の勤務している病院もしくは調剤薬局に、すでに、洞薬会（北九州地区勤務薬剤師会）へご入会されている方がいらっしゃいますか？

いる → ②へお進み下さい

いない → ④へお進み下さい

②貴方が洞薬会（北九州地区勤務薬剤師会）へのご入会を決定された日が、4月1日から5月31日の期間ですか？

4月1日から5月31日の期間である → ③へお進み下さい

6月1日以降である → ④へお進み下さい

③すでに洞薬会（北九州地区勤務薬剤師会）に入会されている施設に勤務する方が、新規にご入会いただく場合で、**入会時期が4月1日から5月31日**にご入会いただく場合は、年会費の納入は、会員施設で一括してご入金いただきますので、**個人での会費のお振り込みは不要です**。入会届のみのご提出となりますので、入会届に必要な事項をご記入の上、洞薬会（北九州地区勤務薬剤師会）事務局へ、ファックスにてご提出ください。

④すでに洞薬会（北九州地区勤務薬剤師会）に入会されている施設に勤務する方が、新規にご入会いただく場合で、**入会時期が6月1日以降**にご入会いただく場合、ならびに、**勤務先の施設が洞薬会（北九州地区勤務薬剤師会）に入会されていない方が新規にご入会いただく場合**は、下記の会費納入方法により、年会費をご入金いただき、入会届をご提出下さい。

●会費納入方法

①年会費は、¥4,000 です。（10月1日以降にご入会の方は、半年会費 ¥2,000 です。）

振込先：西日本シティ銀行 曾根支店 普通預金 口座番号：0628227

受取人：洞薬会 会計 藤武隆文（ドウヤクカイ カイケイ フジタケタカフミ）

※振込手数料は、振込者にてご負担いただきますようお願いいたします。

②会費のご入金が進みましたら、入会届に必要な事項を記入し、振込領収書を入会届下部の「振込領収書貼付欄」に貼付し、洞薬会事務局まで、ファックスにてご送付ください。

③入会届を受領し、入金を確認できましたら、事務局よりメールにて、入会手続き終了のご案内をいたします。**メールアドレスのご記入をお忘れのないようお願いいたします。**

届出日： 年 月 日

洞薬会（北九州地区勤務薬剤師会）会長 殿

□ 入 会 届

ふりがな		性別	男 ・ 女
氏 名			
自宅住所	〒		
卒業大学名	大学	卒業年次： 昭和・平成	年
卒業大学院名	大学	卒業年次： 昭和・平成	年（修士・博士）
メールアドレス	@		※必ずご記入下さい
メールマガジン配信希望の有無	： 希望する ・ 希望しない		
勤務先	施設名	(病床数 床)	
	住 所	〒	
		TEL：	
		FAX：	

●入会方法

- ①すでに洞薬会に入会されている施設に勤務する方が、新規にご入会いただく場合で、**入会時期が4月ならびに5月**にご入会いただく場合は、年会費の納入は、会員施設で一括してご入金いただきますので、個人での会費のお振り込みは不要です。入会届に必要な事項をご記入の上、下記の洞薬会事務局へ、ファックスにてご提出ください。
- ②すでに洞薬会に入会されている施設に勤務する方が、新規にご入会いただく場合で、**入会時期が6月以降**にご入会いただく場合、ならびに、勤務先の施設が洞薬会に入会されていない方が新規にご入会いただく場合は、下記の会費納入方法により、年会費をご入金いただき、入会届をご提出下さい。

●会費納入方法

- ①年会費は、¥4,000 です。（10月1日以降にご入会の方は、半年会費 ¥2,000 です。）
振込先：西日本シティ銀行 曾根支店 普通預金 口座番号：0628227
受取人：洞薬会 会計 藤武隆文（ドウヤクカイ カイケイ フジタケタカフミ）
※振込手数料は、振込者にてご負担いただきますようお願いいたします。
- ②会費のご入金が進みましたら、入会届に必要な事項を記入し、振込領収書を下記の「振込領収書貼付欄」に貼付し、洞薬会事務局まで、ファックスにてご送付ください。
- ③入会届を受領し、入金を確認できましたら、事務局よりメールにて、入会手続き終了のご案内をいたします。**メールアドレスのご記入をお忘れのないようお願いいたします。**

振 込 領 収 書 貼 付 欄

以下に該当される方は、年会費をご入金いただき、振込領収書を貼付し、ご提出下さい。

- ①すでに洞薬会に入会されている施設に勤務する方が、新規にご入会いただく場合で、**入会時期が6月以降**にご入会いただく場合
- ②勤務先の施設が洞薬会に入会されていない方が新規にご入会いただく場合

洞薬会（北九州地区勤務薬剤師会）事務局

〒802-8555 北九州市小倉北区浅野3-2-1 社会保険小倉記念病院 薬剤部内
TEL 093-511-2000(代表) FAX 093-511-3245(薬剤部直通)

届出日： 年 月 日

洞薬会（北九州地区勤務薬剤師会）会長 殿

変更届（改名・転勤・住所・その他）

		新 ←	旧
ふりがな			
氏名			
自宅住所		〒	
メールアドレス		@	@
勤務先	施設名		
	住所	〒	〒
	TEL		
	FAX		
その他（ ）			

※変更になった項目のみ、変更後ならびに変更前の登録内容をご記入下さい。

※登録項目が変更となった場合は、速やかに、洞薬会事務局まで、ファックスにてご提出下さい。

退会届

ふりがな		性別	男・女
氏名			
勤務先		(病床数	床)

※退会をご希望される場合は、速やかに、洞薬会事務局まで、ファックスにてご提出下さい。

洞薬会（北九州地区勤務薬剤師会）事務局

〒802-8555 北九州市小倉北区浅野3-2-1 社会保険小倉記念病院 薬剤部内

TEL 093-511-2000(代表)

FAX 093-511-3245(薬剤部直通)