

H22年6月14日

薬剤部長  
薬局長 殿

山梨県病院薬剤師会  
会長 金丸 良雄

平成22年度山梨県病院薬剤師会名簿登録および会費納入について

拝啓 時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

さて、平成22年度山梨県病院薬剤師会名簿作成および会費納入時期となりました。

各施設の基礎データを同封してありますので、別紙1により名簿の修正等をお願いします。

また会費の納入につきましては別紙山梨県病院薬剤師会会費納入要領にてお取り計らい

ただけますようお願い申し上げます。

ご多忙中とは存じますが、ご協力をよろしくお願い申し上げます。

敬具

会員データは、修正・削除・登録の有無に関わらず平成22年7月2日（金）までに山梨県立中央病院薬剤部まで返送して下さい。

- 1 基礎データの記載事項についてご確認下さい。
- 2 会員情報に、追加・変更・修正事項がありましたら、赤ボールペンにて直接当該事項に記載するとともに、別紙2に記載して返送して下さい。
- 3 記載されている方が退職されている場合には、お手数ですが退職者と連絡をとり、会員継続の有無をご確認下さい。
  - (1) 退職者が会員を継続される場合  
別紙2に記載して本調査用紙とともに返送して下さい。
  - (2) 退職者が退会される場合、退職者が県外に転出された場合  
本調査用紙の該当者の項目に赤ボールペンにて二重線を引き、退会と記載。
  - (3) 退職者が、山梨県病院薬剤師会所属の他施設に勤務先を変更された場合  
該当者の項目に赤ボールペンにて二重線を引き、新たな勤務先を記載。
- 4 **調査用紙は平成22年6月1日現在にて記載して下さい。**調査用紙に記載されていない場合は、本調査用紙に氏名を記載するとともに、別紙2に記載して、本調査用紙とともに返送して下さい。
- 5 出身大学・年次には学部修了大学名・年次を記載して下さい。  
修了大学院、年次には、修士・博士課程における最終修了大学名・課程および修了年を記載して下さい。平成20年3月学部修了(大学院修了)は、卒業年次に平成20年と記載して下さい。
- 6 日本病院薬剤師会名簿及び山梨県病院薬剤師会名簿への記載順序は本名簿に記載された順序と同一となります。**会員名の左に赤文字で施設内の全ての会員の記載順序を記入して下さい。**
- 7 本情報は、日本病院薬剤師会会員名簿および山梨県病院薬剤師会名簿に記載し、会員相互の連絡を円滑とする事を目的としております。他への流用を禁じる旨を名簿等に記載しますが、会員名簿より個人情報会員以外に漏出し、目的外使用される可能性は否定できません。ご了承下さい。
- 8 **入院処方せん枚数、入院注射せん枚数、院外処方せん枚数、院内処方せん枚数、院外処方せん発行率、外来注射せん枚数、入院薬剤管理指導件数、退院時指導件数は平成21年度1年間の数値を、採用品目数、学生実習受入の可否は記載時点での方針を記載して下さい。**

#### 追記

各薬剤部、薬剤科のメールアドレスまたは代表者のアドレスがありましたら記載して下さい。今後病院薬剤師会の事務連絡用に使用したいと考えています。対応不可の施設には、従来通り文書での発送を行います。

不明な事項につきましては、下記までお問い合わせ下さい。

返送先・連絡先

山梨県立中央病院薬剤部 田原 計子  
〒400-8506 山梨県甲府市富士見1-1-1  
TEL 055-253-7111(内線1016)

山梨県病院薬剤師会入会申請書（日本病院薬剤師会入会届を兼ねる）

日付 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

氏名\* \_\_\_\_\_

かな氏名\* \_\_\_\_\_

生年月日\* \_\_\_\_\_ 性別\* \_\_\_\_\_

卒業大学\* \_\_\_\_\_ 卒業年次\* \_\_\_\_\_

卒業大学院 \_\_\_\_\_ 修了年次 \_\_\_\_\_（修士・博士）

勤務先名称\* \_\_\_\_\_

郵便番号\* \_\_\_\_\_ 電話番号\* \_\_\_\_\_

勤務先住所\* \_\_\_\_\_

\*\*\* 山梨県病院薬剤師会以外の都道府県病院薬剤師会に所属されていた場合 \*\*\*\*

旧所属都道府県名 \_\_\_\_\_

旧勤務先 \_\_\_\_\_

日本病院薬剤師会会員番号 \_\_\_\_\_

注意 \*の付記されている項目については漏れなく記入してください。  
個人の住所及び電話番号は、記載する必要はありません。

山梨県病院薬剤師会会員情報変更申請書（日本病院薬剤師会変更届を兼ねる）

日付 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

旧氏名\* \_\_\_\_\_

新氏名\* \_\_\_\_\_

新かな氏名\* \_\_\_\_\_

勤務先名称\* 旧\* \_\_\_\_\_

新\* \_\_\_\_\_

郵便番号\* \_\_\_\_\_

電話番号\* \_\_\_\_\_

勤務先住所\* \_\_\_\_\_

卒業大学 \_\_\_\_\_ 卒業年次 \_\_\_\_\_

卒業大学院 \_\_\_\_\_ 修了年次 \_\_\_\_\_ (修士・博士)

日本病院薬剤師会会員番号\* \_\_\_\_\_

注意 \*の付記されている項目については漏れなく記入してください。  
個人の住所及び電話番号は、記載する必要はありません。

山梨県病院薬剤師会退会申請書

日 付                    年                    月                    日

氏名\*                    \_\_\_\_\_

かな氏名\*                \_\_\_\_\_

勤務先名称\*              \_\_\_\_\_

退会理由  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

日本病院薬剤師会会員番号\*                    \_\_\_\_\_

日本病院薬剤師会退会の有無\*            退会 ・ 継続

日本病院薬剤師会会員を継続される場合の移動都道府県名\*                    \_\_\_\_\_

注意    \*の付記されている項目については漏れなく記入してください。  
退会理由の記載は個人の判断に委ねます。