

【入会・変更・退会等のご案内】

1. 入会について

①入会の特典

- ▶ 本会から「愛知県病院薬剤師会雑誌（APJHP）」が年4回、日病薬から「日本病院薬剤師会雑誌」が毎月送付されます。
- ▶ 愛病薬会員名簿が無料配布されます。
- ▶ 病院薬剤師会が主催・共催・後援する各種研修会・講演会などに参加できます。
- ▶ 日病薬賠償責任保険に加入できます。

②会費

正会員（愛知県内の病院・診療所・介護保険施設に勤務する薬剤師）

年額 10,000 円（愛病薬年会費 2,000 円＋日病薬年会費 8,000 円）

特別会員（正会員以外の薬剤師：例えば調剤薬局や大学に勤務する薬剤師など）

年額 13,000 円（愛病薬年会費 5,000 円＋日病薬年会費 8,000 円）

③手続き

1.正会員の場合

あなたが勤務する病院・診療所等の所在地域の支部長に入会届を提出してください（Word 形式の電子データでの提出をお願いします）。その後、支部長が指定した口座への会費の納入を行ってください。なお、会員の期間は、4月1日から翌年3月31日までの1年間です。4月以降に入会された方は、加入日から翌年3月31日までです。

2.特別会員

あなたが勤務する病院・診療所等の所在地域の支部長に入会届を提出してください（Word 形式の電子データでの提出をお願いします）。その後、以下の口座への会費の納入を行ってください。なお、会員の期間は、4月1日から翌年3月31日までの1年間です。4月以降に入会された方は、加入日から翌年3月31日までです。

※口座名（特別会員の場合）

振替口座

記号・番号 00800・8・184383

口座名 一般社団法人愛知県病院薬剤師会

シャ) アイチケンビョウインヤクザイシカイ

他の金融機関から振込む場合

ゆうちょ銀行

店名 ○八九 店（ゼロハチキュウ店）

預金種目 当座

口座番号 0184383

口座名 一般社団法人愛知県病院薬剤師会

シャ) アイチケンビョウインヤクザイシカイ

入会届（Word 形式書類）

平成29－30年度 支部区割表（所在地域の支部長が確認できます）

2. 変更について

①変更届等が必要な場合

- ▶ 名簿記載事項（氏名・勤務先・会員種別など）に変更があった場合
 - 勤務先の異動については、愛知県内での異動の場合も変更届の手続きが必要です。
 - 他県への異動の場合、日病薬の会員としては継続されますが、愛病薬は退会して、新たに異動先の所在地のある病院薬剤師会に入会していただく手続きが必要です（「3. 退会について」参照）。
 - 他県からの異動の場合、日病薬の会員としては継続されますが、愛病薬としては入会になりますので、あなたが勤務する病院・診療所等の所在地地域の支部長に入会届を提出してください（Word形式の電子データでの提出をお願いします）。その後、支部長が指定した口座への会費の納入を行ってください。この場合の会費は愛病薬会費（年額 2000 円）のみです。
- ▶ 産休・育休などにより会誌等の送付先の変更を希望する場合
 - 原則として正会員は、発送経費削減のため勤務先への同一梱包にて会誌をお送りしておりますが、休職等による送付先の変更が可能です。その場合は変更届の手続きが必要です。

②手続き

あなたが勤務する病院・診療所等の所在地地域の支部長に入会届または変更届を提出してください（Word形式の電子データでの提出をお願いします）。

入会届（Word形式書類）

変更届（Word形式書類）

平成29－30年度 支部区割表（所在地地域の支部長が確認できます）

3. 退会について

①退会届が必要な場合

- ▶ 退会を希望した場合
- ▶ 会員資格を喪失した場合

参考) 会員資格の喪失の条件（定款第 11 条より）

- (1) 死亡したとき
- (2) 第 8 条に規定する会費等の支払いを怠り、催促を受けた後 1 年を経過してもなお支払わないとき
- (3) 正会員が、愛知県内の病院・診療所などに勤務しなくなったとき
- (4) 総代議員が同意したとき

※なお、日病薬病院薬学認定薬剤師制度については、資格取得期間内で会員資格の中断がある場合は資格要件として認められませんので注意をお願いします。

②手続き

あなたが勤務する（していた）病院・診療所等の所在地地域の支部長に退会届を提出してください（Word形式の電子データでの提出をお願いします）。

退会届（Word形式書類）

平成29－30年度 支部区割表（所在地地域の支部長が確認できます）

<各支部長の連絡先> ※ ★印を「@（半角アットマーク）」に置き換えてください

例) aibyoyaku★apshp.com →正しいアドレスは「aibyoyaku@apshp.com」となります。

支部名	支部長（病院名）	E-mail アドレス
名古屋東支部	木下 元一（名古屋第二赤十字病院）	genk★nagoya2.jrc.or.jp
名古屋西支部	池上 信昭（名古屋掖済会病院）	ikegamino★ekisai.or.jp
名古屋南支部	磯谷 聡（中京病院）	pharmchukyohosp★gmail.com
名古屋北支部	林 誠（名古屋医療センター）	hayashim★nnh.hosp.go.jp
尾張西支部	長谷川 雅哉（津島市民病院）	hasegawa-masaya★tsushimacity-hp.jp
尾張中支部	戸田 康裕（小牧市民病院）	yasuhiro.toda★komakihp.gr.jp
知多支部	村上 照幸（半田市立半田病院）	phhanda★yahoo.co.jp
西三河支部	久田 達也（トヨタ記念病院）	tatsuya_hisada★mail.toyota.co.jp
東三河支部	竹内 勝彦（蒲郡市民病院）	gghpharm★city.gamagori.lg.jp

【会員の届出について】

○本会に入会、退会するとき又は名簿記載事項に変更があった場合には、該当する届出用紙に記入して速やかに届け出てください。

（各会員→各支部長 →会員委員会長＋会計理事）

*届出用紙のファイルは愛病薬のホームページからダウンロードしてください。

*Word形式の電子データでの提出（e-mail）をお願いします。

○新規に入会を希望される方は、その年度の会費を添えて申し込んでください。

○会費は支部長の指示により、各自で支部長に直接振り込んでください。

（但し、途中入会時の会費は直接、会計理事に振り込んでください。）

○「出身校卒業年度」は、薬学部および薬学研究科としての最終学歴とその卒業年次を記入してください。

卒業校名は、別表を参照して「略称」で記入してください。