

# 公益社団法人熊本県薬剤師会会員規程

## (目的)

第1条 この規程は、公益社団法人熊本県薬剤師会(以下「本会」という。)定款第5条、定款第6条及び定款第9条の規定に基づき、本会の会員の構成並びに入会及び退会に関し、必要な事項を定めるものとする。

## (会員の構成)

第2条 本会の会員は、定款第5条の規定に基づき正会員、準会員、終身会員、特別会員、賛助会員及び名誉会員とする。

## (正会員及び種別)

第3条 定款第5条に定める正会員及び種別は、次のとおりとする。

- (1) A会員は、薬局、店舗販売業、または卸売販売業の開設者である薬剤師とする。
- (2) B会員は、A会員以外の薬剤師とする。

## (準会員)

第4条 定款第5条に定める準会員は、正会員以外で本会の事業に協力する薬剤師とする。

## (終身会員)

第5条 定款第5条に定める終身会員は、会員期間が継続して30年以上の正会員で、当該年度以前に満80歳に達し、終身会員となることを申し出た会員とする。

## (特別会員)

第6条 定款第5条に定める特別会員、次の何れかに該当する者とする。

- (1) 薬剤師以外の者で薬科大学、薬学部等の薬剤師養成の大学、大学院等の教育課程に在籍する学生。  
ただし、大学卒業又は大学院修了後1年間は特別会員の資格を延長することができる。
- (2) 薬剤師で大学院等の教育課程に在籍する学生で薬剤師として勤務していない者。ただし、大学院修了後1年間は特別会員の資格を延長することができる。

## (賛助会員)

第7条 定款第5条に定める賛助会員は、次のとおりとする。

- (1) 薬剤師以外で薬事関係の業務を営む者、または同一の個人、法人の2店舗目からの薬局等
- (2) その他希望する薬剤師ではない個人及び団体

## (名誉会員)

第8条 定款第5条に定める名誉会員は、予め本人の意向を確認の上、理事会で推薦し、総会において決定し、本人に通知する。

## (入会基準及び手続)

第9条 本会の正会員、準会員、賛助会員、特別会員として入会しようとする者(以下「入会申込者」という。)

は、入会申込書「正会員及び準会員（様式第1号）、賛助会員（様式第2号）、特別会員（様式第3号）」に必要事項を記入のうえ、会長に提出しなければならない。

2 前項の入会申込は、入会申込書の提出に代えて電磁的方法によることができる。

3 前各項の入会申込に対し、会長は、第3条から第7条及び第10条の規定並びに別表の資格基準により審査を行い、入会を承認する。

4 会長は、入会申込者に対し入会を承認した旨を遅滞なく通知するものとする。

5 入会申込者は、会長の指定する期日までに入会金を納入するものとし、期日までに納入がないときは、第3項の入会承認を取り消す。

6 入会承認を取り消した場合は、その旨を当該入会申込者に通知するものとする。

#### （入会の不承認）

第10条 会長は、入会申込者（法人にあってはその役員を含む。）が次の各号の一に該当するとき、又は、これらに準ずる事由により会員として相応しくないと認めるときは、その入会を承認してはならない。

（1）刑事事件（不起訴又は無罪とされたもの及び微罪を除く。）の被疑者として逮捕され、又は被告人として訴追されたもの

（2）業務上遵守すべき行政法令等に違反した、又は、関係官庁の処分に従っていないもの

（3）暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律第2条第2号に規定する暴力団又は同条第6号に規定する暴力団員であること若しくはこれらの者と関係を有していること、その他事情に照らして業務の運営に不適切な資質を有する者があることにより、本会の信用を失墜させるおそれがあると認められるもの

#### （会員資格の取得）

第11条 第9条第1項から第5項の手続きが完了した日を入会日とし、入会日をもって入会申込者は会員資格を取得する。

#### （会員名簿及び個人会員に関する情報の取扱い）

第12条 入会者は、会員の種別毎に、本会が管理する会員名簿に登録する。

2 会員名簿に登録された個人会員に関する情報については、本会が別に定める個人情報の保護に関する基本方針に基づき取り扱わなければならない。

#### （変更の手続）

第13条 会員は、第9条第1項の入会申込書に記載した事項の内容に変更が生じた場合は、速やかに変更届（様式第4号）を会長に提出しなければならない。

2 前項の変更は、変更届の提出に代えて電磁的方法によることができる。

#### （退会及び手続）

第14条 本会を退会しようとする者は、退会届（様式第5号）を会長に提出しなければならない。

2 定款第10条及び11条の定めにより、退会以外の理由により、会員の資格を喪失した場合は、退会と同じく会員名簿の登録を抹消する。

3 前各項により会員資格を喪失した場合、既納の入会金及び会費は返還しない。また、資格喪失後は、会員としての資格称号を前歴としても使用することはできないものとする。

(再入会)

第 15 条 前条の規定により会員資格を喪失した者が再入会を希望する場合には、改めて第 9 条に定める入会申込書の提出を求めることとする。

2 会長は、前項の再入会申込者に対して、第 9 条に定める基準により審査を行い、再入会を承認し、その旨を申込者に通知する。ただし、退会の際、未納の会費及び負担金等がある場合には、当該未納分を支払わない限り、再入会は認めない。また、除名により会員資格を喪失した者は、資格喪失後 5 年間は、再入会を認めないこととする。

(改廃)

第 16 条 この規程の改廃は、理事会の議を経て、総会の決議により行う。

ただし、様式のための改廃については、理事会の決議により行う。

附 則

- 1 この規程の施行に関し、必要な事項は別に定める。
- 2 この規程は、整備法第 106 条第 1 項に定める公益法人の設立の登記の日から施行する。

附 則 (令和 5 年 3 月 25 日決議)

- 1 この規程は、令和 5 年 3 月 25 日から施行する。

附 則 (令和 5 年 11 月 23 日決議)

- 1 この規程は、令和 5 年 11 月 23 日から施行する。

附 則 (令和 7 年 3 月 29 日決議)

- 1 この規程は、令和 7 年 3 月 29 日から施行する。

附 則 (令和 8 年 7 月 1 日決議)

- 1 この規程は、令和 8 年 7 月 1 日から施行する。

「別表」

| 会員名称  | 資 格 基 準                                                                                  |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| 正 会 員 | ①薬剤師の免許を取得していること(薬剤師法第2条)<br>②日本薬剤師会への入会を希望する者<br>③本会の会員として除名の処分を受けた者は、その日から5年以上経過していること |

# 入会申込書

|     |     |      |     |
|-----|-----|------|-----|
| 会 長 | 副会長 | 専務理事 | 支部長 |
|     |     |      |     |

|                               |      |       |                   |            |            |  |
|-------------------------------|------|-------|-------------------|------------|------------|--|
| 氏 名                           | ふりがな |       | 男                 | 生年         | S・H 年 月 日  |  |
|                               |      |       | 女                 | 月日         |            |  |
| 自 住 宅 所                       | 〒    |       | TEL ( )           |            | E-mail ( ) |  |
|                               |      |       |                   |            |            |  |
| 薬剤師免許番号 第 号                   |      |       | 登録年月日 S・H・R 年 月 日 |            |            |  |
| 卒業大学名 (院を除く)                  |      |       | 卒業年月日 S・H・R 年 月 日 |            |            |  |
| 開 の 設 場                       | 〒    |       | 所在地               |            |            |  |
|                               |      |       | TEL ( )           |            | FAX ( )    |  |
| 者 合                           | ふりがな |       |                   |            |            |  |
|                               | 名 称  |       |                   |            |            |  |
| 勤 務 者                         | 〒    |       | 所在地               |            |            |  |
|                               |      |       | TEL ( )           |            | FAX ( )    |  |
| 薬剤師区分                         |      | 管理薬剤師 |                   | その他の薬剤師    |            |  |
| 業務の種別                         |      | 薬局 病院 |                   | 店舗販売 卸 その他 |            |  |
| 備 考                           |      |       |                   |            |            |  |
| ※開局の場合、開局年月日をご記入ください。( 年 月 日) |      |       |                   |            |            |  |

熊本県薬剤師会定款第6条の規定及び会員規程第9条に基づき、入会を申込みます。

年 月 日

氏 名  
(職名を記入)

印  
(自署の場合は押印不要)

公益社団法人 熊本県薬剤師会会長 様

|                     |     |     |     |     |     |       |
|---------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-------|
| 伺い：本書により手続きしてよろしいか。 |     |     |     |     |     |       |
| 事務局長                | 次 長 | 課 長 | 係 長 | 主 任 | 係 員 | 受付日付印 |
|                     |     |     |     |     |     |       |

|     |     |      |     |
|-----|-----|------|-----|
| 会 長 | 副会長 | 専務理事 | 支部長 |
|     |     |      |     |

|           |                                                   |                      |                                       |   |                      |                      |                      |                      |  |  |        |          |           |  |  |
|-----------|---------------------------------------------------|----------------------|---------------------------------------|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--|--|--------|----------|-----------|--|--|
| 氏名        | ふりがな                                              |                      |                                       |   |                      |                      |                      |                      |  |  | 男<br>女 | 生年<br>月日 | S・H 年 月 日 |  |  |
|           |                                                   |                      |                                       |   |                      |                      |                      |                      |  |  |        |          |           |  |  |
| 住所        | <input type="text"/>                              | <input type="text"/> | <input type="text"/>                  | － | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |  |  |        |          |           |  |  |
|           | TEL (       )       －       E-mail (       )      |                      |                                       |   |                      |                      |                      |                      |  |  |        |          |           |  |  |
| 店舗        | <input type="text"/>                              | <input type="text"/> | <input type="text"/>                  | － | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |  |  |        |          |           |  |  |
|           | 所在地                                               |                      |                                       |   |                      |                      |                      |                      |  |  |        |          |           |  |  |
|           | TEL (       )       －       FAX (       )       － |                      |                                       |   |                      |                      |                      |                      |  |  |        |          |           |  |  |
| 舗         | ふりがな                                              |                      |                                       |   |                      |                      |                      |                      |  |  |        |          |           |  |  |
|           | 名 称                                               |                      |                                       |   |                      |                      |                      |                      |  |  |        |          |           |  |  |
| 業 務 の 種 別 |                                                   |                      | 薬局    店舗販売    医薬品製造業    その他 (       ) |   |                      |                      |                      |                      |  |  |        |          |           |  |  |
| 管理薬剤師氏名   |                                                   |                      |                                       |   |                      |                      |                      |                      |  |  |        |          |           |  |  |
| 備 考       |                                                   |                      | ※開局予定日 (       年       月       日)     |   |                      |                      |                      |                      |  |  |        |          |           |  |  |

年 月 日

(開設者が法人にあっては法人名)

(自署の場合は押印不要)

公益社団法人 熊本県薬剤師会会長 様

|                     |     |     |     |     |     |       |
|---------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-------|
| 伺い：本書により手続きしてよろしいか。 |     |     |     |     |     |       |
| 事務局長                | 次 長 | 課 長 | 係 長 | 主 任 | 係 員 | 受付日付印 |
|                     |     |     |     |     |     |       |

# 入会申込書 (特別会員)

|     |     |      |     |
|-----|-----|------|-----|
| 会 長 | 副会長 | 専務理事 | 支部長 |
|     |     |      |     |

|                  |                                                   |  |  |  |   |  |  |  |            |              |     |   |   |   |
|------------------|---------------------------------------------------|--|--|--|---|--|--|--|------------|--------------|-----|---|---|---|
| 氏<br><br>名       | ふりがな                                              |  |  |  |   |  |  |  | 男<br><br>女 | 生年<br><br>月日 | S・H | 年 | 月 | 日 |
|                  |                                                   |  |  |  |   |  |  |  |            |              |     |   |   |   |
| 自<br>住<br>宅<br>所 |                                                   |  |  |  | — |  |  |  |            |              |     |   |   |   |
|                  | TEL (       )       —       E-mail (       )      |  |  |  |   |  |  |  |            |              |     |   |   |   |
| 学<br>校<br>名      |                                                   |  |  |  | — |  |  |  |            |              |     |   |   |   |
|                  | 所在地                                               |  |  |  |   |  |  |  |            |              |     |   |   |   |
|                  | TEL (       )       —       FAX (       )       — |  |  |  |   |  |  |  |            |              |     |   |   |   |
|                  | ふりがな                                              |  |  |  |   |  |  |  |            |              |     |   |   |   |
| 名 称              |                                                   |  |  |  |   |  |  |  |            |              |     |   |   |   |
| 学部               |                                                   |  |  |  |   |  |  |  |            |              |     |   |   |   |
| 学科               |                                                   |  |  |  |   |  |  |  |            |              |     |   |   |   |
| 学年               |                                                   |  |  |  |   |  |  |  |            |              |     |   |   |   |
| 備 考              |                                                   |  |  |  |   |  |  |  |            |              |     |   |   |   |

熊本県薬剤師会定款第6条の規定及び会員規程第9条に基づき、入会を申込みます。

年 月 日

氏 名

印

(自署の場合は押印不要)

公益社団法人 熊本県薬剤師会会長 様

|                     |     |     |     |     |     |       |
|---------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-------|
| 伺い：本書により手続きしてよろしいか。 |     |     |     |     |     |       |
| 事務局長                | 次 長 | 課 長 | 係 長 | 主 任 | 係 員 | 受付日付印 |
|                     |     |     |     |     |     |       |

変 更 届

変 更 前

|     |             |  |
|-----|-------------|--|
| 氏 名 |             |  |
| 勤務先 | 所在地         |  |
|     | 勤務先名        |  |
| 自宅  | 住所<br>(気 付) |  |

変 更 後

|                   |             |       |  |  |                                  |        |       |  |  |                  |  |
|-------------------|-------------|-------|--|--|----------------------------------|--------|-------|--|--|------------------|--|
| ふりがな              |             |       |  |  |                                  |        |       |  |  |                  |  |
| 氏 名               |             |       |  |  |                                  |        |       |  |  |                  |  |
| 勤務先               | 郵便番号        |       |  |  | —                                |        |       |  |  | (郵便番号は必ず御記入ください) |  |
|                   | 所在地         |       |  |  |                                  |        |       |  |  |                  |  |
|                   | 勤務先名        |       |  |  |                                  |        |       |  |  |                  |  |
|                   | 電話番号        | ( ) — |  |  |                                  | FAX    | ( ) — |  |  |                  |  |
| 薬剤師区分 (○をつけてください) |             |       |  |  | 1. 管理薬剤師    2. その他の薬剤師    3. 無 職 |        |       |  |  |                  |  |
| 自宅                | 郵便番号        |       |  |  | —                                |        |       |  |  | (郵便番号は必ず御記入ください) |  |
|                   | 住所<br>(気 付) |       |  |  |                                  |        |       |  |  |                  |  |
|                   | 電話番号        | ( ) — |  |  |                                  | E-mail |       |  |  |                  |  |
| 備 考               |             |       |  |  |                                  |        |       |  |  |                  |  |

上記により、変更の届出をします。

年      月      日

住 所

氏 名

公益社団法人 熊本県薬剤師会会長 様

退 会 届

|                    |                                                                     |  |
|--------------------|---------------------------------------------------------------------|--|
| 氏 名                |                                                                     |  |
| 業務所又は<br><br>勤 務 先 | 名 称                                                                 |  |
|                    | 所 在 地                                                               |  |
| 退会の理由              | 1. 県外転出<br>2. 退職の為<br>3. 事業所閉鎖の為<br>4. 育児・介護等に専念の為<br>5. その他<br>( ) |  |
| 退会年月日              | 年 月 日                                                               |  |

上記により退会の届出をします。

年 月 日

住 所

氏 名

印  
(自署の場合は押印不要)

公益社団法人 熊本県薬剤師会会長 様

|                     |     |     |     |     |     |       |
|---------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-------|
| 伺い：本書により手続きしてよろしいか。 |     |     |     |     |     |       |
| 事務局長                | 次 長 | 課 長 | 係 長 | 主 任 | 係 員 | 受付日付印 |
|                     |     |     |     |     |     |       |