

福岡市薬剤師会B会員申込希望者 各位

一般社団法人福岡市薬剤師会
事 務 局
(TEL : 092-714-4416)

時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

この度は、当会ホームページより、B会員入会申し込みをダウンロードして頂きありがとうございます。ご不明な点がございましたら、事務局までお問い合わせください。

《書類のご提出について》

添付文書に必要な事項をご記入の上、下記へ送付又はご持参いただきますようお願いいたします。

なお、提出頂いた書類に関して、お問合せをする場合がございます。

お手元に控え（コピー、PDF、画像データ等）を残して、ご提出下さい。

福岡市薬剤師会事務局（平日 9：00～18：00）

〒810-0021

福岡県福岡市中央区今泉1-1-1 TEL：092-714-4416

《その他の注意事項》

***氏名・生年月日・薬剤師番号は、特に間違えがないようにご記入をお願いします。**

***福岡県薬剤師会、及び、日本薬剤師会も入会となります。**

***「入会金及び年会費」について**

「一般社団法人福岡市薬剤師会入会金及び年会費について」の書類をご確認の上、ご入金をお願いいたします。（再入会の場合は、事務局へご連絡ください。）

***会報等の送付先は、原則「自宅宛」になります。**

***研修会受講時の単位取得について**

- ・日本薬剤師研修センターの研修単位を取得するためには、「薬剤師研修・認定電子システム（PECS）」への登録が必須です。

「薬剤師研修・認定電子システム（PECS）」への登録、研修会へ参加時の注意点については、添付資料をご確認下さい。

***登録内容に変更について**

ご勤務先やご自宅、登録アドレス等登録内容に変更がございましたら、事務局までご連絡ください。必要書類を送付いたします。

(B会員入会申込書添付用)

正会員B入会促進キャンペーン実施について（お知らせ）

時下、ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

さて、福岡県薬剤師会では「正会員B入会金無料キャンペーン」を実施しており、福岡市薬剤師会でも同様に標記キャンペーンを下記の通り実施することを決定いたしました。

この機会を、是非ご活用いただきますようお願い申し上げます。

記

1. 実施期間

2026年6月30日まで

2. 入会条件

- ①福岡市内の会員薬局に勤務する薬剤師
- ②福岡市内の病院、診療所に勤務し、福岡地区勤務薬剤師会に所属する薬剤師
- ③福岡市内の大学（薬学部、薬科大）、行政に勤務する薬剤師
- ④その他理事会でB会員入会を承認した薬剤師

3. B会員入会金について

B会員入会金は、実質無料となります。

※一旦入会金をご入金頂きますが、キャンペーン協力金としてご返金します。

※年会費（37,800円 ※連盟会費含む）は、ご入金が必要です。

4. 入会金・年会費のご入金について

①又は②の方法でご入金をお願いします。

① 事務局に来館して手続きする

事務局にご来館頂き、入会書類のご提出・入会金及び年会費のご入金をお願いします。
ご入金頂いた入会金は、その場でキャンペーン協力金としてご返金します。

② 郵送で手続きする

郵送で申込をされる方は、当会の口座に入会金及び年会費をお振込みの上、入会書類及び「キャンペーン協力金返金口座連絡用紙」を事務局へご提出ください。

後日、入会手続き後、指定された口座にキャンペーン協力金をお振込みします。

5. 入会書類について

ご入会希望の方は、まずは福岡市薬剤師会事務局へお電話下さい。

入会条件を確認後、入会書類を発送します。

6. お問い合わせ

福岡市薬剤師会事務局 福岡市中央区今泉1-1-1

対応時間：9時～18時 TEL：092-714-4416

以上

福岡市薬剤師連盟からのお願い

福岡市薬剤師連盟にもあわせてご入会頂きますようお願いいたします。（連盟会費：6,800円）

B会員



一般社団法人

福岡市薬剤師会

Fukuoka City Pharmaceutical Association

入会促進

キャンペーン

入会金 **20,000円** が **無料**

※会費は下記の通りです。
年会費：37,800円(連盟会費含む)

2022年6月 市薬研修案内

会員各位 一般社団法人福岡市薬剤師会

下記のとおり、研修会を開催いたします。

開催場所：

福岡市薬剤師会館 4F 講堂 福岡市中央区今泉1-1-1 TEL：(092) 714-4416

開催日	研修会名	演題・講師など
6月15日 (水) 19時30分	Basic Study (学術・研修委員会)	【講演1】 演題：「月経前症候群が女性のQOLに与える影響と対処方法の紹介」 講師：大塚製薬株式会社 ニュートラシューティカルズ事業部 佐賀栄美製品研究所 主任研究員 上野智美 様 【講演2】 演題：「栄養」を知って健康食品、サプリメントに強くなる！ 講師：大塚製薬株式会社 ニュートラシューティカルズ事業部 学術部 部長 葛西 雅美 様 ※要費申込み制となります。 申込み詳細については個別のご案内を配付済みですのでそちらをご覧ください。



研修会費が無料になる

会員向けの情報が確認できる

他各種特典があります

- ・年間に100近くの研修会を実施していますが、1回3,000円の研修費が無料になります

- ・メール配信で、研修会の開催案内等を配信しています
- ・会員向けにホームページで情報提供を行っています
- ・会報誌の発行を行っています

- ・薬剤師賠償責任保険・個人情報漏洩保険・薬剤師年金基金への加入
- ・会員同士の交流の場ができます
- ・学校薬剤師推薦
- ・急患センター勤務推薦
- ・社会貢献事業への参加

資料請求先



【福岡市薬剤師会事務局】

福岡市中央区今泉1丁目1-1

TEL：092-714-4416

FAX：092-714-4421

薬剤師会に入会しませんか？

B 会員【2025 年度一般社団法人福岡市薬剤師会入会金及び年会費について】

1. 入会金について

入会金は、下記の通りです。

	B 会費会員 (正会員 B 又は賛助会員 B)
金額	20,000 円

B 会員入会促進キャンペーン
実施期間中は、実質無料となります。
※一旦入会金をご入金頂きますが、
キャンペーン協力金としてご返金します。

※福岡県薬剤師会の入会金を含んだ金額です。

※過去に福岡市薬剤師会又は福岡県内の薬剤師会に入会されていた場合、事務局へ事前にご連絡下さい。

2. 年会費について

年会費は、下記の通りです。

※2025 年 1 月～3 月にご入会希望の場合は、2024 年度の
年会費のご入金が必要です。詳細は、事務局へお問い合わせください。

入会時期	B 会費会員 (正会員 B 又は賛助会員 B)
2025 年 4 月～9 月にご入会の場合	31,000 円
2025 年 10 月～2026 年 3 月にご入会の場合	15,500 円

※福岡県薬剤師会及び日本薬剤師会の年会費を含んだ金額です。

3. 入会金・年会費のご入金について

①又は②の方法でご入金をお願いします。

- ① 事務局にご来館頂き、入会書類のご提出・入会金及び年会費のご入金をお願いします。ご入金頂いた入会金は、その場でキャンペーン協力金としてご返金します。

福岡市薬剤師会事務局 福岡市中央区今泉 1-1-1 TEL: 092-714-4416
対応時間: 9 時～18 時

- ② 当会の口座に入会金及び年会費をお振込みの上、入会書類及び「B 会員入会促進キャンペーン協力金 返金口座連絡用紙」を事務局へご郵送ください。後日、入会手続き後、指定された口座にキャンペーン協力金をお振込みします。

振込先 福岡銀行天神町支店 口座番号: (普) 1371411
名義人: 一般社団法人福岡市薬剤師会

(2024 年 6 月改定)

福岡市薬剤師連盟年会費について

2025 年度の福岡市薬剤師連盟年会費は、下記の通りです。

入会時期	B 会員会費 (正会員 B 又は賛助会員 B)
2025 年 4 月～9 月にご入会の場合	6,800 円
2025 年 10 月～2026 年 3 月にご入会の場合	3,400 円

事務局にご来館時にご入金、又は、下記講座へお振込みください。

振込先 福岡銀行天神町支店 口座番号: (普) 1786211 名義人: 福岡市薬剤師連盟

(公社)福岡県薬剤師会会長 殿

(公社)日本薬剤師会会長 殿

入会申込書

年 月 日

貴薬剤師会の定款及び細則の規定に基づき、且つ個人情報の取扱いについて同意し入会を申込みます。

1.入会者は、太線の枠内のみご記入ください。

会員番号				都道府県薬名		40		福岡県		支部名		01		福岡	
入 会 者	氏 名											印	性 別		
	フリガナ												男 女		
	生 年 月 日	大正	昭和	平成		年		月		日	薬剤師 番 号	第			号
	出 身 校 名										卒 業 年 度	昭和	平成	令和	
勤 務 先	所 在 地	〒 —													
	(建物号室まで ご記入ください)														
	勤務先名称	フリガナ													
		名称													
	法人の名称 (個人の場合は空欄)														
	開設者・ 法人代表者の 氏名	フリガナ													
	氏名														
電話番号：		— —						FAX番号：						— —	
自 宅	住 所	〒 —													
	(建物号室まで ご記入ください)														
電話番号：		— —						FAX番号：						— —	
分 類 区 分	該当区分を○で 囲んでください	雑誌発送先	勤 務 先	自 宅											
		勤 務 先 業 態	保険薬局	非保険薬局	病診薬局	臨床検査	教育・研究								
			行 政	製薬・輸入	卸売販売業										
			店舗販売業	そ の 他	無 職	学 生									
		業 務 種 別	開 設 者	病診薬局長	法人代表者	そ の 他									
		薬 剤 師 区 分	管理薬剤師	その他の薬剤師											
		学校薬剤師区分	学校薬剤師	非学校薬剤師											
		地方薬剤師 会における 会員区分	正 会 員	賛 助 会 員	名 誉 会 員										
会 費 区 分	A 会 費	B 会 費													
備 考	B会員入会														

【記入上のご注意】

- 「会員の個人情報の取扱いについて」をよく読み、承認された上でご記入ください。
- 薬剤師以外は、賛助会員とします。
- 姓と名の間はスペースを空けてください。
- 手書きの場合は、楷書ではっきりとお書きください。

福岡市薬剤師会 記入欄	
受理月日 (入会日)	
入会金	
年会費	
提出日	/ /
入力処理日	/ /
理事会報告日	/ /

各位

一般社団法人福岡市薬剤師会

福岡市薬剤師会では、研修会等のご案内をメール配信によりメール配信によりお知らせしております。

つきましては、下記用紙にアドレスをご記入の上、福岡市薬剤師会事務局ご提出をお願いいたします。

アドレス等の個人情報は内部規定に基づき厳重に管理しておりますので、ご理解・ご協力をお願い申し上げます。

なお、ご不明な点がございましたら、福岡市薬剤師会事務局へお問合せ下さい。

記

氏 名：	連絡先：
情報配信用メールアドレスご記入用	
メールアドレス①	
メールアドレス②	
メールアドレス③	

※メールアドレスは①～③まで登録ができます。(携帯アドレスも可)

※当会からの配信は下記アドレスから行います。

(配信専用アドレスですので、下記アドレスへのご返信はご遠慮下さい。)

情報配信専用アドレス：fpa@po.scsweb2.net

福岡市薬剤師会 事務局

TEL 092-714-4416

FAX 092-714-4421

E-Mail info8934@fpa.gr.jp

B会員ご入会添付用

B会員入会促進キャンペーン協力金 返金口座連絡用紙

入会金及び年会費をお振込みでご入金の方は、こちらの用紙を入会書類と併せてご郵送下さい。

※事務局にご来館頂き、入会書類のご提出・入会金及び年会費のご入金頂く方は、ご提出の必要はございません。

B会員入会希望者 様

一般社団法人福岡市薬剤師会
事務局長 井手 純司
(TEL : 092-714-4416)

B会員入会促進キャンペーン協力金（入会金）のご返金について

時下ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

この度は、福岡市薬剤師会へのご入会の手続きありがとうございます。

当会では、B会員入会促進キャンペーンを実施しており、一旦入会金（20,000 円）をご入金頂きますが、キャンペーン協力金としてご返金しております。（詳細は、「B会員入会促進キャンペーン実施について」のお知らせをご確認下さい。）

つきましては、キャンペーン協力金をお振込みしますので、振込先銀行口座をお知らせください。入会書類と併せて、ご郵送頂きますようお願い申し上げます。

B会員入会促進キャンペーン協力金 返金口座連絡用紙

銀行名及び支店名	銀行	支店
口 座 番 号	(普)	
口 座 名 義 人	フリガナ (必須)	
入 会 者 氏 名		

※当会の都合により申し訳ありませんが、ゆうちょ銀行以外の銀行口座をご指定下さい。

入会申込書記入例

1-1 本人控

都道府県名を記入してください。

記入しないで下さい。(会員番号は、後日送付される日本薬剤師会雑誌の宛名下部に付記します)。

都道府県薬剤師会で記入します。

入会申込日を記入してください。

入会申込書 (入会者用)

貴薬剤師会の定款および細則の規定に基づき、且つ個人情報の取扱いについて同意し入会を申込みます。

1. 入会者は、太線の枠内のみご記入下さい。

No.

会員番号

都道府県薬名

支部名

氏名 日薬 次郎

フリガナ ニチヤク シロウ

生年日 大正 昭和 平成 64 年 01 月 01 日

出身校 東西大学薬学部

卒業年度 大正 昭和 平成 22 年度

郵便番号 160-0004 (※7桁を必ず記入)

所在地 東京都 新宿区四谷3-3-1

建物号室 四谷安田ビル7F

勤務先名称 日本薬局 四谷支店

法人の名称 (個人の場合は空欄)

開設者・法人代表者の氏名 日薬 太郎

電話番号 (右詰記入) 0312346789 FAX番号 (右詰記入) 0312344567

郵便番号 123-4567 (※7桁を必ず記入)

住所 東京都 渋谷区渋谷2-12-15

建物号室 長井マンション501

電話番号 (右詰記入) 0312340123 FAX番号 (右詰記入) 0312345678

勤務先業態 保険薬局 非保険薬局 病診薬局 臨床検査 教育・研究

業務種別 開設者 病診薬局長 法人代表者 その他

薬剤師区分 管理薬剤師 その他の薬剤師

学校薬剤師区分 学校薬剤師 非学校薬剤師

地方薬剤師会における会員区分 正会員 賛助会員 名誉会員

会費区分 A会費 B会費

用会費額

最終納付年月

備考

連絡事項を記入してください。

都道府県薬剤師会で記入します。

個人名を記入してください。

フリガナの姓と名の間は1マス空けて、濁音は1字として記入してください。

「卒業年度」をご記入下さい。
(例) 平成23年3月卒業 ⇒ 平成22年度卒業
数字は右端につめてください。

薬科大学(旧薬専)のみ記入してください。大学院、選科、専攻科等は記入しないでください。

住所は都道府県から記入してください。上段におさまらない時は中段も使用してください。また、2桁以上の数字は、行にまたがらないようにしてください。

気付が長い場合は、できるだけ簡略にしてください。

会報等の送付先は原則で自宅にいたします。

該当項目が2ヶ所以上ある方は、主な項目1つだけに○をしてください(2ヶ所以上○があると登録されません)。

統計の資料といたします。ありのままの記入をしてください。

【記入上のご注意】

1. 薬剤師以外は、賛助会員とします。
2. 裏面に記載の「会員の個人情報の取扱いについて」をよく読み、承認された上でご記入ください。
3. 「性別」「生年月日」「卒業年度」の年号は該当の文字を○で開んでください。
4. 出身校名は薬科大学(旧薬専)のみ記入してください。大学院、専科、専攻科等は記入しないでください。
5. 姓と名の間、フリガナの項の濁音のあと、住所と気付の間は1マス空けてください。
6. 記入は楷書ではっきりと強めにお書きください。
7. 再入会の方は以前の会員番号をお書きください。
8. 文字は一番左のマス、数字は一番右のマスに揃えてご記入ください。
9. 「法人の名称」及び「開設者・法人代表者の氏名」は薬局及び店舗販売業の方のみ記入してください。

入会申込みに当たって
(会員の個人情報の取扱いについて)

公益社団法人 福岡県薬剤師会
公益社団法人 日本薬剤師会

都道府県薬剤師会(支部薬剤師会を含む)及び日本薬剤師会(以下「各薬剤師会」という)への入会申込みに当たり、入会申込者(以下入会成立時以降に申込者が会員となった場合を総称して「会員」という)は、以下の事項を確認の上、お申込みください。

1. 各薬剤師会では、入会申込書に記載いただいた個人情報を下記の目的に使用します。
 - ① 会員の入会・退会・異動(変更)履歴の管理、会員資格の確認及び会費徴収に関わる業務等
 - ② 会員名簿の作成・配布(配布の有無は各薬剤師会にご確認ください。日本薬剤師会では配布しておりません。)
 - ③ 会員の厚生福祉のための薬剤師国民健康保険組合に関わる業務
 - ④ 各薬剤師会機関誌等の送付
 - ⑤ 各薬剤師会が主催または後援する講演会、研修会等の案内送付
 - ⑥ 郵送、FAX、電子メール等による情報の送付
 - ⑦ 賠償責任保険に関わる業務及び案内
 - ⑧ 日本薬剤師会薬剤師年金保険運営に関わる業務及び案内
 - ⑨ 日本薬剤師会国民年金基金に関わる業務
 - ⑩ 各薬剤師会事業に関わる各種アンケート調査の送付等
 - ⑪ 各薬剤師会等との事業連携
 - ⑫ 会員個人を特定しない形態での統計情報作成
 - ⑬ その他各薬剤師会の定款に掲げる業務の支援
2. 各薬剤師会は、上記の利用目的以外の目的で会員の個人情報を利用したり、第三者に提供することはありません。
3. 各薬剤師会は、法令等に基づき、裁判所・警察機関などの公的機関から開示の要請があった場合には、当該公的機関に提供することがございます。
4. 入会申込みに当たり必要な記載事項(入会申込書面で記載すべき事項)の記載をしない場合及び会員の個人情報についての内容全部及び一部を承認できない場合、各薬剤師会にお申し出ください。
5. 各薬剤師会は個人情報について、個人情報保護方針を定め、適切な安全対策を実施し、不正アクセス、改ざん、破壊、漏洩、紛失などを防止するために合理的な措置を講じます。

以上

日本薬剤師研修センター

薬剤師研修・認定電子システム PECSのご案内

登録はお済みですか？

PECSへの登録

- PECSは、**薬剤師個人での登録が必要です。**
- 未登録の場合、**PECS稼働後は日本薬剤師研修センターの研修受講単位の交付を受けられません。**
研修センターでの認定薬剤師の新規・更新の申請も行えませんご注意ください。

※登録方法については市薬ホームページに掲載しておりますのでそちらをご確認ください。

市薬HP>会員ページ>



> [PECS登録のご案内](#)

【 研修会受講の際の注意事項 ☆受講前に必ずご確認ください 】

【日本薬剤師研修センター 薬剤師研修・認定電子システム（P E C S）の登録】

日本薬剤師研修センターにて認定薬剤師の研修単位の取得・認定申請を行っている薬剤師は、**必ず登録が必要です。** 必ず研修会受講までに登録ください。

未登録の場合は、受講いただいても研修単位は付与されませんのでご注意ください。

P E C Sについては市薬ホームページをご確認ください。

※「福岡県薬剤師会研修カード」の使用、「受講単位シール」の交付は2022年3月末で終了しました。

《 会場受講の場合 》

【当日持参するもの】

- P E C Sの自身の登録ページから印刷したQRを必ず持参してください。

- 身分証明書（※本人確認に必要です。）

※市薬発行の会員証・マイナンバーカード・運転免許証・健康保険証・HPKIカードなど一般的な身分証明書



身分証明
書類

**QRを持参していなかった場合は、
研修単位は付与できません**のでご注意ください。

【受講手順】

①受付時

受付にQRと身分証明書を提示。
受付に設置したQR読取装置に
持参したQRを読み取らせてください。



②終了時

受付に設置したQR読取装置に
持参したQRを再度読み取らせて
ください。



※「受付時」と「終了時」の2回のQRの読取りが
必要です。1回のみでは無効となります。

※ 読取り時間が記録されるため、**開会から閉会まで
の受講が必要です。遅刻・早退は単位が認められま
せん**のでご注意ください。

※開会直前は受付が混み合う場合があります。
なるべく時間に余裕を持ってお越しください。

☆引き続き新型コロナウイルス感染症の基本的な
感染予防対策を守りご参加ください。

※出席される際は、必ずマスクを着用してください。

※以下の場合は、出席をご遠慮ください。

- ✓ 風邪症状（発熱、咳、のどの痛み、たん、鼻水・
鼻づまり）がある場合、体調に不安がある場合
- ✓ 感染が疑わしい者との濃厚接触がある場合

《 Zoom 受講の場合 》

【受講前の準備】

※「489kenshu@fpa.gr.jp」・「no-reply@zoom.us」からの
メールを受信できるよう設定しておいてください。

【受講手順】

①市薬からの研修会案内文書から参加申込みを行う。

②参加申込済みの方には研修会開催までに

「489kenshu@fpa.gr.jp」より受講案内メールが送信されま
す。メール本文内の「**事前参加登録 URL**」をクリックし、
表示されるウェビナー登録画面に

・名
・姓
・メールアドレス
・薬剤師免許番号
を入力し「**登録**」をクリック
してください。

③参加登録をした方には「no-reply@zoom.us」から事前参加登
録したメールアドレスに参加用 URL が送信されます。

メール本文の
「ウェビナーに参加」

または
「参加URL」
をクリックして参加ください。

※氏名は必ず日本語の正式な表記で参加してください。
氏名が確認できない方は研修単位の付与はできま
せん。（ニックネーム・アルファベット表記・カタカナ表
記等不可）

※キーワード報告はございません。

※市薬にて受講者の視聴時間を記録しております。
**案内状記載の開会時刻から閉会時刻までの視聴
時間が確認できない場合は、単位は認められま
せん。時間に余裕をもって参加ください。**

【研修単位の確認】

市薬にて受講者の視聴時間ログ（記録）の確認・P E C Sへの
登録完了後に市薬ホームページにてお知らせいたします。P E
C Sの自身の登録ページで単位付与されているかをご確認くだ
さい。