

一般社団法人 山口県医薬品登録販売者協会

☆入会のご案内

当協会は全国組織である「公益法人全日本医薬品登録販売者協会」の下部組織で、登録販売者への研修を主な事業とし、医薬品のより適正な販売と情報提供ができることをめざし、登録販売者が資質向上することにより、地域の公衆衛生の向上に寄与することを目的としています。

☆入会のメリット

1 最新情報の発信

- ① 行政からの薬事情報や改正薬事法について正確に会員に通知します。
- ② その他、業務情報や医薬情報(I D)の学術相談にも応じます。

2 定期的な研修会への参加

登録販売者の職能、資質向上を図るため、厚生労働省及び山口県後援における薬事法令集の研修を定期的に行い、知識の向上を図る。

3 お店や会員を守るシステムの利用

「賠償責任保険制度」により、法律上の賠償責任が発生する第三者への損害を補償いたします。(勤務登録販売者年間保険料 500 円、施設危険付き年間保険料 800 円)

4 その他

医薬品販売業の新規手続き、登録許可更新などの申請手続きの相談等。

☆会費

入会金無料 会費は年間 20,000 円 (12月入会から半額)

☆入会申し込み方法

「入会申込書」に必要事項を記入のうえ、(社)山口県医薬品登録販売者協会迄お送りください。会費は山口銀行への振り込みとなります。

振込先 山口銀行湯田支店 普通 0551836
一般社団法人 山口県医薬品登録販売者協会

事務局 (一社)山口県医薬品登録販売者協会
753-0814
山口市吉敷下東3丁目1番1号
山口県総合保健会館 4階
電話 083-922-6855
FAX 083-922-6878

(一社)山口県医薬品登録販売者協会入会申込書

令和 年 月 日

貴協会の趣旨に賛同し、入会を希望します。

フリガナ	性別	男 ・ 女
氏 名 (印)	生年月日	昭和・平成 年 月 日
フリガナ	自宅住所 〒 ー	
電話番号	FAX 番号	
携帯電話		
フリガナ	店舗の名称	
フリガナ	店舗住所 〒 ー	
電話番号	FAX 番号	

会員区分(該当する区分に○印をつけてください)

正 会 員	<input type="checkbox"/>	店舗管理者 (薬種商または登録販売者)
	<input type="checkbox"/>	従 事 者 (登録販売者)
	<input type="checkbox"/>	過去に薬種商を営んでいた者 (非登録販売者)

登録販売者試験または 薬種商試験合格年	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年
------------------------	----------------

販売従事登録証登録番号	
-------------	--

全日本医薬品登録販売者協会入会申込書

令和 年 月 日

公益社団法人 全日本医薬品登録販売者協会会長 殿

様式:230119

貴協会の趣旨に賛同し、入会を希望します。

フリガナ		性別	男 女
氏名	印	生年月日(西暦)	年 月 日
フリガナ			賠償保険(○か×)
住所 (自宅・店舗) ↑どちらかに○	〒 — —		
店舗名 (登録する場合)			
電話番号	— —	Fax番号	— —
会員区分 (該当する区分に ○印をつけてください。)			
正会員	10	① 店舗販売業者で既存薬種商又は登録販売者である者 ② 店舗管理者 ③ 店舗従事者であって正会員を希望する者	
準会員	20	登録販売者試験合格者であって従事登録を完了した者(勤務者) * 入会初年度に限る	
	21	承継者から登録販売者へ移行した従事者で被承継者が正会員でいる者	
	22		
	23	薬種商販売業または登録販売者の資格を有する未就業の者	
	24	その他 (資格を有しない家族・従業員)	

販売従事登録番号	— —
販売従事登録年月日	平成 令和 年 月 日

承認欄
各都道府県協会会長印

各都道府県協会欄です 必ずご記入ください		全薬協記入欄
県コード	支部コード	会員番号