

2026年2月吉日

各 位

静岡県病院薬剤師会  
会 長 渡 邊 学



## 2026年度静岡県病院薬剤師会賛助入会のお願い

拝啓

貴社益々御発展のこととお慶び申し上げます。平素は当会の事業に御協力賜わり厚く御礼申し上げます。

さて、本年も賛助会員を募る時期になりました。当会では、年間行事として新人研修会、中堅を対象とした症例検討研修、学術大会、各専門部門の勉強会、各支部例会、その他多くの勉強会を企画し、執り行っております。勉強会の規模としては、100名以上の会員が集まるものから、各専門分野に特化した内容で行う50名程度の勉強会まで幅広く開催しています。賛助会員である企業様に共催をお願いすることにより、最新の薬剤に関する知識をはじめ、薬剤師のスキルアップにつながる学習の機会を会員薬剤師に対し提供することができます。つきましては、当会の趣旨にご賛同いただけましたら、下記要領にて手続きを頂きますようよろしくお願いいたします。

尚、2026年度版より電子版（PDF）での情報提供とさせていただきますのでご了承ください。会員名簿電子版へのアクセスパスワードをメールにてお知らせいたしますので連絡用アドレスの登録をお願いいたします。

敬具

記

1. 申 込 期 限：2026年5月末日

※期限内にお申し込み頂きますと「会員名簿2026（電子版）」へ掲載致します。

2. 会費納入期限：2026年6月末日

3. 申込方法：①別紙申込書にご記入の上、メール添付（又はFAX）にてご提出ください。

〒422-8063 静岡県静岡市駿河区馬淵2-16-32 静岡県薬剤師会館 2F

静岡県病院薬剤師会事務局

TEL 054-654-3566 / FAX 054-289-8115

E-mail: kenbyoyaku-siz@shps.jp

②2026年度会費を下記口座にお振込みください。

・2026年度賛助会費 20,000円（不課税）

・振込み先： 静岡銀行馬淵支店 普通預金

店番134 口座番号0653587

静岡県病院薬剤師会事務局

以上

# 2026 年度 静岡県病院薬剤師会 賛助会員申込書

静岡県病院薬剤師会の趣旨に賛同し、賛助会員として入会いたします。

申込日	貴社名	ご担当者様 (連絡先)
月 日		氏名： ( )

申込先：静岡県病院薬剤師会事務局へ 2026 年 5 月末日までにご提出ください。

方 法：メール添付 E-mail：kenbyoyaku-siz@shps.jp (又は FAX:054-289-8115)

## 会費納入

◆ 賛助会員年会費：¥20,000- ◆ 納入期限：2026 年 6 月末日

◆ 振込先口座：静岡銀行 馬淵支店 (店番 134) 普通 0653587

静岡県病院薬剤師会事務局

## 名簿原稿掲載欄

■2026 会員名簿に掲載する内容をご記載下さい。

※静岡県内又は静岡を担当している事務所住所でお願いします。

貴社名	〒 所在地	連絡先 (TEL 又は E-mail)

2026 年度版より電子版 (PDF) での情報提供とさせていただきます。会員名簿電子版へのアクセスパスワードをメールにてお知らせいたしますので連絡用アドレスの登録をお願いいたします。

パスワード送信先メールアドレス	
-----------------	--

# 趣 意 書

各 位

謹 啓

貴社におかれましてはますます御繁栄のこととお慶び申し上げます。

さて、本会は毎年静岡県内の病院に勤務する薬剤師（正会員 141 施設、薬剤師 1254 名）の参加を得て、勉強会・研修会等を行っており、今日まで盛会に会を重ねてきております。

日頃、会員の資質向上のため研修会の実施及び会の運営に内部努力をしておりますが、近年必要経費の不足等厳しい会の運営を強いられておりますことから、貴社の御厚意に頼らざるを得ない状況です。

つきましては、諸費増大のおり誠に恐縮ですが、事情ご賢察くださいますようお願い申し上げます。

なお、御賛同戴けます場合は、所定の申込書を当会事務局までご恵送くださいますと幸いに存じます。

2026 年 2 月 吉日

謹 白

静岡県病院薬剤師会  
会 長 渡 邊 学

