

2025年2月吉日

御中

静岡県病院薬剤師会  
会長 渡邊 学



## 2025年度静岡県病院薬剤師会賛助会員入会のお願い

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、当会では静岡県内の病院に勤務する薬剤師（正会員施設 161／正会員登録薬剤師 1291名：2025.1月現在）が所属し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。

敬具

記

1. 申込期限：2025年5月末日  
※期限内にお申し込み頂きますと「会員名簿2025」へ掲載致します。
2. 会費納入期限：2025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

②2025年度会費を下記口座にお振込みください。

- ・2025年度賛助会費 20,000円
- ・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

# 2025 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・継続）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 2025 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：2025 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（新規入会の場合は空欄に必要事項を記載下さい）

■2025 会員名簿に掲載致しますのでご住所等に変更がある場合は訂正して下さい。

※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）

※部署名の先頭に「1」表示の宛先に会員名簿及び会報等の刊行物を送付致します。

上記の宛先以外に配送を希望される場合は送付先住所を下記に記入ください。

上記以外の送付先住所：(〒 - )

宛名：

# 趣 意 書

賛 助 会 員 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 161 施設、薬剤師 1252 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、賛助会員継続・入会の御協力を賜り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、当会 事務局までご一報頂けますと幸いに存じます。

2025 年 2 月 吉日

謹 白

静岡県病院薬剤師会  
会 長 渡 邊 学

