

一般社団法人 鳥取県薬剤師会長 殿

住所

開設者

氏名

印

〔法人にあつては名称〕
及び代表者の氏名

鳥取県薬剤師会入会申請書

標記の件について、下記のとおり開局会員として入会したいので、入会を申請いたします。なお入会した後は、社会的責任を遵守し、会の運営にご協力いたします。

記

1. 店舗

所在地

名称

2. 管理薬剤師

住所

氏名

3. 開業日

令和 年 月 日

4. 業態

(1) 保険薬局 (2) 非保険薬局 (3) 店舗販売業 (4) 卸売販売業

5. 添付書類

- (1) 入会申込書 …… 新入会員
変更報告書 …… 既会員の場合
- (2) 開設許可証(写)
- (3) 平面図
- (4) 付近の略図
- (5) 支部審査依頼書
- (6) 試験施設利用契約書 (2通) ※薬局製剤の届出薬局
- (7) 会費納入方法届
- (8) 預金口座振替依頼書 (合銀・鳥銀・信金)
- 〔 日本薬剤師会
鳥取県薬剤師会 併用用紙 〕

支 部 審 査 依 頼 書

1. 入会申請者（開設者）

所 在 地

名 称

〔法人にあつては名称〕
及び代表者の氏名

2. 対象店舗

所 在 地

名 称

（ 意 見 欄 ）

上記入会申請を審査し、開局会員の入会に同意します。

令和 年 月 日

一般社団法人鳥取県薬剤師会

支部

支部長

⑩

一般社団法人鳥取県薬剤師会長 殿

施設利用契約書

一般社団法人鳥取県薬剤師会（以下「甲」という。）と
（以下「乙」という。）との間で、試験施設利用及び医薬品等の検査委託について、下記のとおり契約を締結する。

記

（目的）

第1条 この契約は、「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律」施行規則第12条（試験検査の実施方法）に基づき、甲の指定する厚生労働省に登録した試験検査機関（以下「試験検査機関」という。）を利用することに関して定めるものとする。

（対象）

第2条 この契約は、薬局・店舗販売業（一般販売業）・卸売販売業（卸売一般販売業）の開設者が薬局又は店舗ごとに、甲の正会員として入会した者を対象とする。

（契約料及び利用料）

第3条 乙は、甲が別に定める契約料を甲に支払うものとする。

第4条 乙は、医薬品等の検査を委託する場合は、試験検査機関の規定に基づき、別途委託料を試験検査機関に支払うものとする。また施設利用の場合、使用の都度試薬等の消耗品について実費を試験検査機関に支払うものとする。

（利用）

第5条 乙が、試験検査機関を利用（医薬品等の検査委託を含む）したいときは、甲を通じて、予め施設利用・試験検査申込書（別添）を試験検査機関に提出するものとする。

第6条 乙は、試験検査機関と相談の上、その利用あるいは検査委託の日時を決定する。

（期間）

第7条 この契約の期間は3年とする。ただし、甲、乙いずれからでも契約の中断について意思表示のない場合は、契約は自動的に更に継続するものとする。

第8条 この契約は、乙が第2条の会員を脱会又は除名された場合、年度途中でもその時点で失効する。

第9条 この契約書に定めのない事項又は疑義が生じたときは、甲・乙協議の上定めるものとする。

この契約を証するため、本書二通を作成し、甲・乙記名押印の上、各自一通を所持する。

令和 年 月 日

甲

住 所 鳥取市吉方温泉3丁目751
名 称 一般社団法人 鳥取県薬剤師会
代表者 会 長 原 利 一 郎

乙

住 所
氏 名 印

契約対象薬局（店舗）
所在地
名 称

施設利用契約書（記入例）

開設者名（法人は法人名）をご記入ください。

一般社団法人鳥取県薬剤師会（以下「甲」という。）と
（以下「乙」という。）との間で、試験施設利用及び医薬品等の検査委託について、下記のとおり契約を締結する。

記

（目的）

第1条 この契約は、「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律」施行規則第12条（試験検査の実施方法）に基づき、甲の指定する厚生労働省に登録した試験検査機関（以下「試験検査機関」という。）を利用することに関して定めるものとする。

（対象）

第2条 この契約は、薬局・店舗販売業（一般販売業）・卸売販売業（卸売一般販売業）の開設者が薬局又は店舗ごとに、甲の正会員として入会した者を対象とする。

（契約料及び利用料）

第3条 乙は、甲が別に定める契約料を甲に支払うものとする。

第4条 乙は、医薬品等の検査を委託する場合は、試験検査機関の規定に基づき、別途委託料を試験検査機関に支払うものとする。また施設利用の場合、使用の都度試薬等の消耗品について実費を試験検査機関に支払うものとする。

（利用）

第5条 乙が、試験検査機関を利用（医薬品等の検査委託を含む）したいときは、甲を通じて、予め施設利用・試験検査申込書（別添）を試験検査機関に提出するものとする。

第6条 乙は、試験検査機関と相談の上、その利用あるいは検査委託の日時を決定する。

（期間）

第7条 この契約の期間は3年とする。ただし、甲、乙いずれからも契約の中断について意思表示のない場合は、契約は自動的に更に継続するものとする。

第8条 この契約は、乙が第2条の会員を脱会又は除名された場合、年度途中でもその時点で失効する。

第9条 この契約書に定めのない事項又は疑義が生じたときは、甲・乙協議の上定めるものとする。

この契約を証するため、本書二通を作成し、甲・乙記名押印の上、各自一通を所持する。

日付は空欄にして下さい。

平成 年 月 日

甲

住 所 鳥取市吉方温泉3丁目751
名 称 一般社団法人 鳥取県薬剤師会
代表者 会 長 原 利一 郎

開設者の住所、氏名（法人にあつては名称及び代表者氏名）をご記入の上、捺印をお願いします。

乙

住 所
氏 名

印

契約対象薬局（店舗）
所在地
名 称

契約対象となる薬局名（店舗名）の住所及び名称をご記入ください。

別紙

一般社団法人鳥取県薬剤師会との施設利用契約における契約料

契約料（随時検査を含まない）を次のとおりとする。

1. 契約料は年額 8,800 円とする。
2. 契約料は、年度初めに1ヶ年分を一括納入する。ただし年度途中で契約を解除しても契約料の返還はしないものとする。
3. この附則は、令和3年4月1日より実施する。

一般社団法人 鳥取県薬剤師会 会長 殿

所在地

開設者

店舗名

会 費 納 入 方 法 届

標記について、諸会費を下記のとおり納入することを届出ます。

記

納入方法 (注) 該当個所の () に○印を記入して下さい。

(1) 銀行口座振替 (17日振替)

①振替口座 () 山陰合同銀行
銀行名 () 鳥取銀行
() 信用金庫 支店
口座名義 _____
口座番号 普通・当座 _____

②納入方法 () 一括払(4月)

() 一括払(5月)

年度途中の入会(異動)は入会日(異動日)の属する月から起算して3ヵ月後の末日が納入期限となるため、一括払を選択の場合は、今年度の納入月を下記よりお選びください。

() 2ヵ月後 () 3ヵ月後

() 分割払 年2回 (7月・1月)

() 毎月分割払

上記のとおりとしますので、別紙預金口座振替依頼書を提出します。

(2) 銀行口座振替以外 (上記が困難な場合)

※毎年度5月末日までの一括納入とする。(今年度は入会日の属する月から起算して3ヵ月後の末日が納入期限となります。)

納入方法 () 郵便局・銀行振込による一括払

() 現金支払による一括払

預 金 口 座 振 替 依 頼 書

令和 年 月 日

株式会社 銀行

信用金庫 御中

所在地

開設者

店舗名

私が 鳥取県薬剤師諸会費口座 に払い込む 諸会費 を、預金口座振替により支払うこと
としたいので、下記により指定預金口座から所定の期日に口座振替して下さい。

記

- 振替額 私が払い込むべき支払請求書記載の金額
- 振替日 17日（当日が休日にあたる時は翌営業日とする）
- 指定預金口座

フリガナ				銀行届印
預金者名				
住 所	〒			
銀行名	銀行・信用金庫	支店名		
預金種類	普通 当座	口座番号		

- 預金の払出手続きについては、当座勘定取引約定書または預金規定にかかわらず、私が行うべき当座小切手の振出または預金通帳および預金払戻請求書の提出などいたしませんから、貴行（庫）所定の方法で処理されること。
- 指定口座の預金残高が振替日において振替額に満たないときは、私に通知することなく、当月の振替は取り止めていただいても異議はないこと。
- この預金口座振替契約は、貴行（庫）が必要と認めた場合には、解除されても異議はないこと。
- この取扱いについて、かりに紛議が生じても貴行（庫）には迷惑をかけないこと。

以 上

預 金 口 座 振 替 依 頼 書

令和 年 月 日

株式会社 銀行

信用金庫 御中

所在地

開設者

店舗名

私が 鳥取県薬剤師会 に払い込む 面分業会費 を、預金口座振替により支払うこと
としたいので、下記により指定預金口座から所定の期日に口座振替して下さい。

記

- 振替額 私が払い込むべき支払請求書記載の金額
- 振替日 17日（当日が休日にあたる時は翌営業日とする）
- 指定預金口座

フリガナ				銀行届印
預金者名				
住 所	〒			
銀行名	銀行・信用金庫	支店名		
預金種類	普通 当座	口座番号		

- 預金の払出手続きについては、当座勘定取引約定書または預金規定にかかわらず、私が行うべき当座小切手の振出または預金通帳および預金払戻請求書の提出などいたしませんから、貴行（庫）所定の方法で処理されること。
- 指定口座の預金残高が振替日において振替額に満たないときは、私に通知することなく、当月の振替は取り止めていただいても異議はないこと。
- この預金口座振替契約は、貴行（庫）が必要と認めた場合には、解除されても異議はないこと。
- この取扱いについて、かりに紛議が生じても貴行（庫）には迷惑をかけないこと。

以 上

各 位

一般社団法人鳥取県薬剤師会
事務局

FAX自動送信機（ENI ファーマシー）画像送信機能導入について（ご案内）

平素は本会の業務運営に格別のご協力を賜り感謝いたします。

さて、当会管轄の院外処方せん FAX コーナーに設置しております FAX 自動送信機（ENI ファーマシー）に画像送信機能を導入しております。

この機能導入により、薬局のパソコンに処方せんデータを送信する「画像送信」が可能となります。【別紙参照】画像送信は電話回線を使用しないため、回線が混雑することなくスムーズに送信ができます。

つきましては、下記申込書を県薬事務局まで FAX にてお申し込みの上、メールにて下記アドレスに送信（空メール）をしていただきますようお願いいたします。

「画像送信」をご利用の際は専用ソフト（無料）をインストールする必要があります。申込された薬局へは東邦薬品株式会社より ID・パスワードの連絡が入ります。その後のサポートは販売元の株式会社セイエルにて対応することになっています。

なお、この機能導入は、現在、赤字の収支となっている FAX 分業事業の経費削減、また FAX 自動送信機設置の拡大を目的としています。

※ FAX 送信負担金は以下のとおりとなります。

「画像送信」の場合 : 50 円（1 枚）

「画像送信を利用しない」場合 : 100 円（1 枚）

何卒ご理解ください。

ご不明な点等がございましたら、県薬事務局（TEL：0857-27-6161）までご連絡ください。

.....

■ENI ファーマシー「画像送信」申込書

薬 局 名 : _____

ご担当者名 : _____

TEL : _____

FAX : _____

メールアドレス : _____

鳥取県薬剤師会事務局
FAX : 0857-27-5084
E-mail : toriyaku@hal.ne.jp