

入会金免除、年会費減額申請

一般社団法人
沖縄県薬剤師会 会長 殿

私は、一般社団法人沖縄県薬剤師会（以下「県薬剤師会」という。）の入会金の免除及び年会費の減額を申請します。

		提出年月日	年 月 日
所属する医療機関名			
氏 名		日本病院薬剤師会会員番号	
生年月日	年 月 日 (才)		

注）年齢は、申請年度の4月1日時点で記入して下さい。

入会金免除、年会費減額申請に係る誓約書

私は、一般社団法人沖縄県薬剤師会入会金免除、年会費減額を申請するにあたり、次の①～④すべての申請要件を満たすことを誓約します。（チェック欄を記入して下さい。）

要件チェック項目	チェック欄 (✓)
① 申請する年度の4月1日時点で40才以下である。	
② 沖縄県病院薬剤師会の会員である。	
③ 入会后5年間以上、県薬剤師会を退会しない。	
④ 所属する医療機関にあつて、職員を管理監督する立場（薬局長、薬剤部長等）ではない。	
⑤ 県薬剤師会の組織強化の取り組みに賛同し、 県薬剤師会の事業活動にも協力する。	

上記の内容に相違ないことを誓約し、申請内容に虚偽があつた場合、上記減免の申請は棄却されることに同意します。

また、上記②～⑤の要件を満たさなくなった場合、県薬剤師会に速やかに報告し、減免された金額の返還等について県薬剤師会に判断を委ねることに同意します。

年 月 日

申請者署名
(自筆)

県薬剤師会記入欄

No	受付日	名簿管理担当	経理担当	課長	事務局長