

シクミネットによる
再入会・異動・退会申請等のご説明
(ver1)

2024.3.29

- シクミネットの問い合わせフォームで再入会・異動・退会申請等を受け付けている都道府県病院薬剤師会は以下のURLからご確認下さい。

(2024年4月1日現在で33病薬で申請を受け付けています)

<https://www.jshp.or.jp/banner/todofuken.html>

- 退会手続きが完了した場合は、マイページにログインできなくなりますので、ご注意下さい。

会員管理システム マイページ ログイン

Google 提供



令和6年能登半島地震関連情報 ⚠

新型コロナウイルス感染症関連情報 ⚠

会員のページ 🔒

災害ボランティア薬剤師への応募を検討されている皆様へ (3/12募集終了)

お問い合わせ

令和6年度 診療報酬改定について

入会案内・変更手続

日本病院薬剤師会ホームページ(トップページ)の「会員管理システムマイページ
「ログイン」」バナーをクリックしてください。

ホーム > 会員管理システム

日本病院薬剤師会の会員管理システム

クラウド型会員管理システム

会員マイページログイン


会員新規登録ページ

再入会・異動・退会（シクミネット問い合わせフォーム）

「再入会・異動・退会(シクミネット問い合わせフォーム)」をクリックしてください。

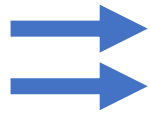
問い合わせフォーム

氏名	必須	<input type="text"/>
氏名(カナ)	必須	<input type="text"/>
メールアドレス	必須	<input type="text"/>
生年月日	必須	<input type="text" value="YYYY/MM/DD"/>
会員番号		<input type="text"/>
連絡先電話番号		<input type="text" value="03-1234-5678"/>
現所属都道府県	必須	<input type="text" value="選択してください"/>
現所属支部	必須	<input type="text" value="選択してください"/>
現所属施設	必須	<input type="text" value="選択してください"/>
現所属部署		<input type="text"/>
新所属都道府県		<input type="text" value="選択してください"/>
新所属支部		<input type="text" value="選択してください"/>
新所属施設		<input type="text"/>
新所属部署		<input type="text"/>
問い合わせ区分	必須	<input type="text" value="選択してください"/>
	必須	<input type="text"/>
ご用件		<input type="text"/>



問い合わせフォームの画面になります。

問い合わせ区分から、該当する申請手続を選択し、必要情報を選択・入力して下さい。



現所属都道府県	必須	選択してください
現所属支部	必須	選択してください
現所属施設	必須	選択してください
現所属部署		
新所属都道府県		選択してください
新所属支部		選択してください
新所属施設		
新所属部署		
問い合わせ区分	必須	選択してください

再入会、退会時の現所属都道府県、現所属支部は以下の通り選択して下さい。

再入会	再入会時の都道府県・支部(退会された時の都道府県・支部と再入会時の都道府県・支部が異なる場合も同様)
退会	退会時(現在登録中)の都道府県・支部

→	現所属都道府県	必須	選択してください
→	現所属支部	必須	選択してください
	現所属施設	必須	選択してください
	現所属部署		
→	新所属都道府県	必須	選択してください
→	新所属支部		選択してください
	新所属施設	必須	
	新所属部署	必須	
	問い合わせ区分	必須	変更申請

変更申請時の都道府県・支部は以下の通り選択して下さい。

現所属都道府県 現所属支部	現在登録中の都道府県・支部
新所属都道府県 新所属支部	異動後(所属施設変更後)の都道府県・支部 (現在登録中の都道府県・支部の変更が無い場合も同様)

問い合わせ区分	必須	その他
ご用件	必須	<p>【施設登録依頼】</p> <p>会員新規登録ページで所属施設が選択できない（システムに登録されていない）</p> <ul style="list-style-type: none"> ●●病院 施設〒 施設住所 施設電話番号 病床数

新規入会時に所属施設がシステムに登録されていない場合は、「その他」を選択していただき、「ご用件」欄に本画面を参考に施設名、施設住所、施設電話番号、病床数をご入力下さい。

問い合わせ区分 必須 選択してください

ご用件 必須

申請日や特記事項等を「ご用件」に入力して下さい。

★再入会申請時は、分かる範囲で、退会時の日病薬会員番号、都道府県、施設名、卒業大学等を入力して下さい。退会時と再入会申請時で姓が変更されている場合は必ず記載して下さい。

必要情報選択・入力後、「確認」をクリックして下さい。

内容確認後、問題なければ、「送信」をクリックして下さい。



問い合わせフォーム

お問い合わせの送信が完了しました。

[ログイン画面へ戻る](#)

申請手続完了後の画面になります。

都道府県病院薬剤師会または日本病院薬剤師会で内容を確認の上、登録を更新いたしますので、手続き完了までお時間をいただけますようお願いいたします。

退会された場合は、マイページにログインできなくなりますので、ご注意ください。