

## 2025.3.27

# 追加·変更点

(ver2)

- ・申請をシクミネットで受付する病薬数、都道府県を変更する異動等更新(3)
- ・申請手続別 問い合わせフォーム問い合わせ区分等一覧追加(7)

・画面サンプル、文言更新(8~12)

・シクミネットの問い合わせフォームで再入会・同一都道府県内の異動・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。

(令和7年度は44病薬でシクミネットから申請を受け付けます) https://www.jshp.or.jp/banner/todofuken.html

- 都道府県を変更する異動の場合は47病薬でシクミネットから申請が可能ですが、一部の病薬で、追加で別途手続が必要な都道府県病院薬剤師会がございます。
- ・退会手続が完了した場合は、シクミネット会員マイページ、日病薬 病院薬学認定薬剤師研修支援システム「HOPESS」研修管理シス テムマイページにログインできませんので、ご注意下さい。

JSHP 一般社団法人 日本病防 Japanese Society	完薬剤師会 of Hospital Pharmacists			700	-000
日病薬の概要	日病薬の活動	病院薬学認定薬剤師 生涯研修	専門薬剤師 認定薬剤師	医薬情報 プレアボイド	行事予定 学会・研修会
会員管理システム	マイページ ログイン			Google 提供	٩
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 A		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	お問い合わせ			
令和6年度 診療報	令和6年度 診療報酬改定について				

#### 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下さい。



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

問い合わせフォーム

氏名	88 <b>1</b>		
氏名(カナ)	88 <b>9</b>		
メールアドレス	89		
生年月日	89	YYYY/MM/DD	
会員番号			
連絡先電話番号		03-1234-5678	
現所周都道府県	89	選択してください	•
現所周支部	88 <b>9</b>	選択してください	•
現所周施設	8 <b>9</b>	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	·
新所周施設			
新所属部署			
問い合わせ区分	89	選択してください	•
e	89		
プ田件			
/TJ T T			

#### 問い合わせフォームの画面になります。 申請者情報をご入力の上、 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。



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。

#### 申請手続別 問い合わせフォーム問い合わせ区分等一覧

申請手続	問い合わせ 区分	現所属都道府県 現所属支部	新所属都道府県 新所属支部	ご用件欄
1再入会	変更申請·再 入会申請	現・新共に入力必 都道府県・支部の 都道府県・支部は の情報を入力して	要 変更が無い場合は 、現・新ともに同一 「下さい	<ul> <li>・再入会の旨</li> <li>・卒業大学、卒業年</li> <li>・入会時の会員番号、都道府県、</li> <li>勤務先名(分かる範囲で)</li> <li>・手続希望日</li> <li>申請日または未来の日付</li> </ul>
2異動	変更申請·再 入会申請	現・新共に入力必 都道府県・支部の 都道府県・支部は の情報を入力して	要 変更が無い場合は 、現・新ともに同一 「下さい	・変更申請の旨 ・手続希望日 申請日または未来の日付
3退会	退会申請	入力必要		・手続希望日 申請日または未来の日付
4新規施設 登録	システム未登 録施設登録 申請	入力必要		・施設情報 名称、郵便番号、住所、電話番号、 病床数

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	
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・再入会申請

#### <1再入会申請、2異動申請> 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)	8

問い合わせ区分 必須	変更申請・再入会申請 ▼
ご用件	再入会申請 2025年●月●日付 会員番号 入会時の都道府県 入会時の所属施設 卒業大学、卒業年、旧姓

申請日や申請内容(再入会・異動)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。



現所属都道府県	選択してください ▼
現所属支部	選択してください ▼
現所属施設	
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	退会申請
必須	●●●年●月●日付の退会を申請します。
ブ田件	
Chin	
	1.

<3退会申請> 現所属都道府県、現所属支部は、現在登録中の都道府県・支部を選択して下さい。 退会希望日(申請日または未来の日付)があればご用件欄に入力して下さい。 10



#### <4新規施設登録申請> 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、 「システム未登録施設登録申請」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。

12

退会手続が完了した場合は、シクミネット会員マイページ、日病薬病院薬学認定薬剤 師研修支援システム「HOPESS」研修管理システムマイページにログインできません ので、ご注意下さい。

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。

ログイン画面へ戻る

お問い合わせの送信が完了しました。

#### 問い合わせフォーム