

シクミネットによる  
再入会・異動・退会申請等のご説明  
(ver2)

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。

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下さい。

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）」をクリックして下さい。

## 問い合わせフォーム

氏名	<input type="text"/>
氏名(カナ)	<input type="text"/>
メールアドレス	<input type="text"/>
生年月日	<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	<input type="text" value="選択してください"/>
現所属支部	<input type="text" value="選択してください"/>
現所属施設	<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	<input type="text" value="選択してください"/>
ご用件	<input type="text"/>

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。

ログイン画面へ戻る

確認





戻る

送信

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・新共に入力必要 都道府県・支部の変更が無い場合は 都道府県・支部は、現・新ともに同一 の情報を入力して下さい		<ul style="list-style-type: none"> <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、勤務先名(分かる範囲で)</li> <li>手続希望日 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・新共に入力必要 都道府県・支部の変更が無い場合は 都道府県・支部は、現・新ともに同一 の情報を入力して下さい		<ul style="list-style-type: none"> <li>変更申請の旨</li> <li>手続希望日 申請日または未来の日付</li> </ul>
3退会	退会申請	入力必要		<ul style="list-style-type: none"> <li>手続希望日 申請日または未来の日付</li> </ul>
4新規施設登録	システム未登録施設登録申請	入力必要		<ul style="list-style-type: none"> <li>施設情報 名称、郵便番号、住所、電話番号、病床数</li> </ul>

	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)

問い合わせ区分

必須

変更申請・再入会申請

ご用件

必須

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。

ログイン画面へ戻る

確認



戻る

送信



→	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		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
	ご用件	必須	●●●●年●月●日付の退会を申請します。

### < 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。

問い合わせ区分

必須

システム未登録施設登録申請

ご用件

必須

施設登録依頼

●●病院

施設〒

施設住所

施設電話番号

病床数

#### <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。

## 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、ご注意ください。